Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord

Québec

Rapport de gestion
2016-2017

services

région

santé

vie

réseau

famille

Rapport de gestion
2016-2017

Document réalisé par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord

Coordination et rédaction

Myriam Gagné,
Agente d'information

Sandra Morin,
Adjointe au président-directeur général
et relations avec les médias

Pascal Paradis,
Conseiller en communication

Réalisation technique

Karine Poirier,
agente administrative

Note

Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2017

Dépôt légal - 3e trimestre 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-79380-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-79382-3 (version PDF)

TABLE DES MATIÈRES

1. **LE MESSAGE DES AUTORITÉS** 1

2. **LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS** 3

3. **LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS** 5

L'ÉTABLISSEMENT 5
La mission 5
La structure de l'organisation 5
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES 6
Le conseil d'administration 6
Les comités, les conseils et les instances consultatives 7
LES FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS 15
Direction de santé publique 15
Direction des soins infirmiers 19
Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire 19
Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique 21
Direction de la protection de la jeunesse 22
Direction du programme jeunesse 24
Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées 24
Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux 27
Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique 28
Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques 29
Direction des ressources financières et de la logistique 29
Direction des services techniques et de l'hôtellerie 31
Direction des ressources informationnelles 32
Services préhospitaliers d'urgence 32

4. **LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ** 35

5. **LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ** 47

L'AGRÉMENT 47
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES 47
LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT 51
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS 51
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION 51

6. **L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE** 53

7. **LES RESSOURCES HUMAINES** 55

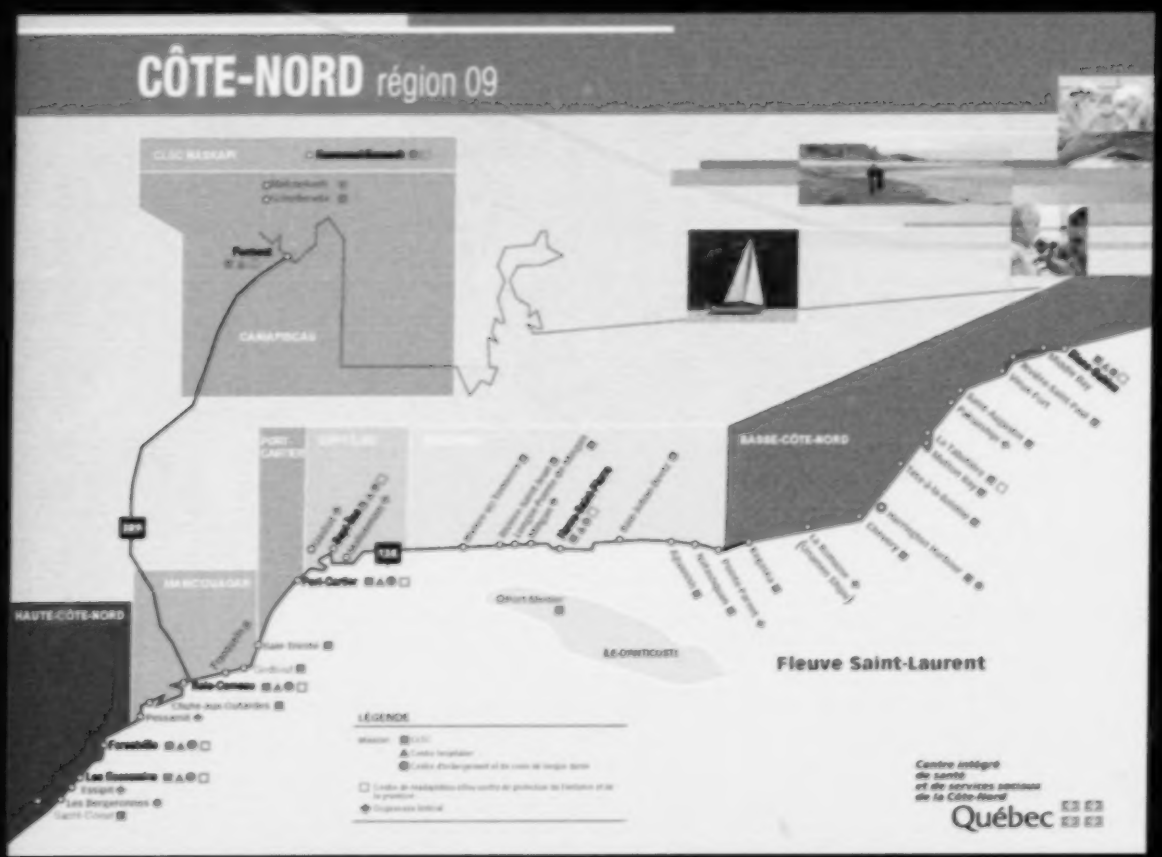
8. **LES RESSOURCES FINANCIÈRES** 57

LES ÉTATS FINANCIERS 57
Rapport de la direction 57
Rapport de l'auditeur indépendant 58
État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant 60
Résultats financiers 63
LES CONTRIBUTIONS ACCORDÉES PAR LES FONDATIONS 72
LES CHARGES PAR PROGRAMMES-SERVICES 73
LES CONTRATS DE SERVICES 73

9. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 75
ANNEXE A : LE SCHÉMA ORGANISATIONNEL DU CISSS AU 31 MARS 2017 79
ANNEXE B : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Membres du conseil d'administration	6
Tableau 2	Comité de direction du Département régional de médecine générale	9
Tableau 3	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	10
Tableau 4	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	13
Tableau 5	Comité de direction du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	14
Tableau 6	Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région	17
Tableau 7	Réception et traitement des signalements	23
Tableau 8	Signalements retenus par problématique en 2016-2017 (incluant les autochtones)	23
Tableau 9	Source des signalements traités 2016-2017 (incluant les autochtones)	23
Tableau 10	Dossiers à l'application des mesures	23
Tableau 11	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents	23
Tableau 12	Admissions en hébergement de longue durée	25
Tableau 13	Personnes hébergées au 31 mars 2017	25
Tableau 14	Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2017	26
Tableau 15	Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2017	26
Tableau 16	Déplacement des usagers	31
Tableau 17	Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord	33
Tableau 18	Entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017 - Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques	35
Tableau 19	Portrait sommaire de la performance du CISSS de la Côte-Nord - Atteinte des engagements annuels 2016-2017	39
Tableau 20	Nombre d'événements par niveau de gravité	47
Tableau 21	Échelle de gravité des incidents et accidents	48
Tableau 22	Personnes mises sous garde	51
Tableau 23	Rapport sur l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs et de fin de vie	53
Tableau 24	Portrait des embauches, des départs et le taux de rétention global	55
Tableau 25	Effectifs par catégorie d'emploi au 31 mars 2017	56
Tableau 26	Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs	56
Tableau 27	État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	60
Tableau 28	Avantage direct reçu d'une fondation ou d'une corporation sollicitant du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux (non audité)	72
Tableau 29	Charges encourues par programmes-services (non audité)	73
Tableau 30	Contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril et le 31 mars (non audité)	73
Tableau 31	Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires	75


CÔTE-NORD région 09
CLSC MASKAPI
Kawawachikamach
Uashat-mak-Mani-Utenam
Port-Cartier
CANAPITSCAU
HAMEAU-CHAMP
HAUTE-CÔTE-NORD
BASSE-CÔTE-NORD
Havre-Saint-Pierre
Natashquan
Kegaska
Chevery
L'Île-d'Anticosti
Fleuve Saint-Laurent
LÉGENDE
Centre hospitalier
Centre d'hébergement et de soins de longue durée
Centre de readaptation offrant surtout de protection de l'enfance et de la jeunesse
Organisme local
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
Québec

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

M. Denis Mousse
Président du conseil d'administration

M. Marc Fortin
Président-directeur général

Monsieur le Ministre,

C'est avec plaisir que nous vous présentons ce rapport annuel de gestion du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord. Au cours de cette deuxième année d'existence du CISSS, nous avons poursuivi nos démarches de révision des programmes ainsi que de modernisation et d'optimisation de la prestation de services aux citoyens.

Des travaux sont en cours pour assurer un retour à l'équilibre budgétaire. À cet égard, le conseil d'administration a adopté, en janvier 2017, un plan regroupant une dizaine de projets de transformation et d'optimisation. Ces projets permettront notamment de regrouper certains services et d'apporter des changements dans les façons de faire, afin de préserver les services, mieux desservir la population et faire face aux besoins futurs.

Depuis la création du CISSS, les services à la population ont été maintenus partout sur la Côte-Nord et toutes les installations du territoire sont demeurées ouvertes. De plus, la réorganisation nous a permis de bonifier certains services. Par exemple, nous notons depuis deux ans, une hausse de l'intensité des soins à domicile auprès des personnes âgées et une diminution significative de la liste d'attente en hébergement. Nous constatons également une amélioration globale de l'accès aux services en protection de la jeunesse par une réorganisation des services dans la direction pour mieux répondre aux besoins évolutifs des usagers. Il y a aussi de plus en plus de Nord-Côtiers pris en charge par les médecins de famille, particulièrement à Sept-Îles. Nos équipes travaillent à implanter ailleurs sur le territoire les mesures probantes, qui permettront à plus de citoyens d'avoir accès à un médecin de famille.

D'autres projets seront réalisés à court terme, dont celui visant à améliorer l'offre alimentaire dans nos installations. Des travaux sont aussi en cours pour réviser le continuum de services à la population et assurer un accès harmonisé dans la région à différents guichets d'accès aux services.

Au cours des derniers mois, le CISSS de la Côte-Nord a multiplié les démarches visant à se rapprocher du milieu. La direction a rencontré des comités locaux, tels que le comité consultatif de la Basse-Côte-Nord, le comité Vigie-Santé de Sept-Îles et le comité de vigilance Manicouagan-Haute-Côte-Nord. Deux consultations publiques ont été menées, l'une portant sur les soins spirituels pour l'ensemble du territoire et l'autre touchant les services d'hébergement pour les personnes âgées dans le secteur de Port-Cartier. Un tel exercice est également débuté en Minganie avec un comité local. Nous travaillons aussi au maintien et au renforcement de nos liens de collaboration et de partenariat avec les communautés autochtones du territoire.

Concernant les services aux aînés, un comité stratégique régional intersectoriel, impliquant notamment des représentants d'usagers, d'organismes communautaires et de municipalités, a été formé. Des comités « milieux de vie » sont aussi à l'œuvre pour que les personnes hébergées bénéficient d'un milieu de vie de qualité et répondant à leurs besoins.

Mentionnons également que le CISSS de la Côte-Nord a mis en place une équipe dédiée à la performance dont un des mandats est de rendre disponibles à compter de l'été 2017 à la population et aux élus des tableaux de bord présentant une série d'indicateurs comme par exemple des données sur les urgences, les chirurgies et les ressources humaines.

En terminant, nous tenons à remercier notre dévoué personnel, notre équipe de direction et les membres du conseil d'administration qui ne ménagent pas leurs efforts pour relever les défis actuels de notre établissement.

Recevez, Monsieur le Ministre, nos plus cordiales salutations.

Le président du conseil d'administration,

Denis Miousse

Le président-directeur général,

Marc Fortin

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du Rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.

Président-directeur général

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

L'ÉTABLISSEMENT

Le CISSS de la Côte-Nord dessert une population d'environ 95 000 personnes sur un territoire s'étendant de Tadoussac à Blanc-Sablon (près de 1 300 km de littoral) en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville. L'établissement compte une cinquantaine d'installations et regroupe un peu plus de 3 500 employés.

À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié de la population. L'autre moitié est répartie dans une trentaine de municipalités dont certaines ne sont pas reliées par la route. La population est majoritairement francophone, sauf en Basse-Côte-Nord où plus de 60 % des résidents déclarent l'anglais comme langue maternelle. Les autochtones constituent environ 15 % de la population régionale. La Côte-Nord compte huit communautés innues et une communauté naskapie à Kawawachikamach. Cette dernière communauté est desservie par le CLSC Naskapi, un établissement autonome ne faisant pas partie du CISSS de la Côte-Nord.

La mission

Selon la loi, voici la mission du CISSS de la Côte-Nord :

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles;
- Déterminer les mécanismes de coordination des services à la population;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Assurer une gestion simplifiée de l'accès aux services;
- Établir les ententes, modalités et responsabilités avec les partenaires de son réseau territorial de services comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées.

La structure de l'organisation

Le CISSS de la Côte-Nord relève d'un conseil d'administration comptant 18 membres, dont 9 indépendants, 6 représentants de comités ou conseils consultatifs du CISSS, 2 membres nommés par le ministre (soit le président-directeur général et un membre issu du milieu de l'enseignement) et un membre observateur (fondation).

Au 31 mars 2017, l'établissement compte 14 directions :

- Direction générale
- Direction de santé publique
- Direction des soins infirmiers
- Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire
- Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique
- Direction de la protection de la jeunesse
- Direction du programme jeunesse
- Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux
- Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique

- Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
- Direction des ressources financières et de la logistique
- Direction des services techniques et de l'hôtellerie
- Direction des ressources informationnelles

Les figures à l'annexe A reflètent le schéma organisationnel du CISSS au 31 mars 2017.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

Le conseil d'administration

Voici les membres du conseil d'administration du CISSS de la Côte-Nord au 31 mars 2017.

Tableau 1 - Membres du conseil d'administration

Nom	Collège représenté	Municipalité
Membres désignés		
Dre Isabelle Bossé	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	Sept-Îles
M. Dave Charlton	Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	Baie-Comeau
Dr Roger Dubé	Département régional de médecine générale (DRMG)	Baie-Comeau
Mme Josée Francoeur	Conseil multidisciplinaire (CM)	Port-Cartier
M. Jean-Pierre Porlier	Comité des usagers (CU)	Sept-Îles
M. François Tremblay	Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	Baie-Comeau
Membres nommés		
M. Marc Fortin	Président-directeur général	Sept-Îles
M. Roberto Gauthier	Milieu de l'enseignement	Sept-Îles
Membres indépendants		
M. Pascal-Simon Audet	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité	Havre-Saint-Pierre
Mme Johanne Beaudoin	Compétence en gouvernance ou éthique	Blanc-Sablon
M. Claude Belzile - Vice-président	Expertise en santé mentale	Tadoussac
Mme Jacinthe Bernard	Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux	Port-Cartier
M. Denis Miousse - Président	Expertise dans les organismes communautaires	Sept-Îles
M. Michel Paul	Expertise en réadaptation	Schefferville
Mme Solange Turgeon	Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines	Port-Cartier
M. Jean-Marie Vollant	Expertise en protection de la jeunesse	Pessamit
Vacant	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité	
Membre observateur		
M. Carold Boies	Fondation	Havre-Saint-Pierre

Au total, onze rencontres ont été tenues entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017 dont cinq régulières et six spéciales à huis clos.

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2017 :
- M. Pascal-Simon Audet, président
- Mme Johanne Beaudoin, administratrice
- M. Carold Boies, administrateur
- Mme Solange Turgeon, administratrice
- M. Denis Miousse, président du conseil d'administration (membre d'office)
- M. Marc Fortin, président-directeur général (membre d'office)
- Mme Nadia Beaudoin, directrice des ressources financières et de la logistique par intérim (invitée permanente sans droit de vote)

Durant l'année qui vient de s'écouler, quatre réunions ont eu lieu.

Code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint au rapport à l'annexe B. Il est également disponible sur le site Internet au www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca. Ce code porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Au cours de l'année 2016-2017, aucune situation pouvant contrevenir au code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de la Côte-Nord n'a été signalée.

Le comité de gouvernance et d'éthique voit à son application.

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Vous trouverez ici la liste des instances consultatives, comités et conseils relevant du conseil d'administration du CISSS, de même que la liste des membres, un résumé de leur mandat et des actions réalisées en 2016-2017 :

- Comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ)
- Département régional de médecine générale (DRMG)
- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Conseil multidisciplinaire (CM)
- Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)*
- Comité de gestion des risques*

* *Les informations concernant le comité de vigilance et de la qualité et le comité de gestion des risques se trouvent à la section traitant des activités relatives à la gestion des risques et de la qualité (section 5) aux pages 48 et 49.*

Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ) est composé de six membres dont une majorité de membres indépendants :

- Mme Johanne Beaudoin, vice-présidente
- M. Claude Belzile, président
- Mme Josée Francoeur, administratrice
- M. Michel Paul, administrateur
- M. Denis Miousse, président du conseil d'administration (membre d'office)
- M. Marc Fortin, président-directeur général (membre d'office)

Les fonctions du comité ont été définies dans le règlement de régie interne du conseil d'administration et consistent à :

- Élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Élaborer un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30);
- Élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- Élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
- Élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- En outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration;

- Étudier les dossiers stratégiques du conseil d'administration en vue de recommander des orientations;
- Assumer toute autre fonction confiée par le conseil d'administration.

Le comité a débuté ses activités en novembre 2016 et s'est réuni à cinq reprises au cours de l'exercice 2016-2017. En début de mandat, le comité s'est doté d'un plan de travail 2016-2019. Ce plan a d'abord été constitué des actions à réaliser pour atteindre chacun des objectifs visant à mettre en œuvre une structure de gouvernance créatrice de valeurs. Il a ensuite été bonifié lors de l'évaluation de la conformité des critères de la norme de gouvernance d'Agrément Canada afin d'y intégrer les actions requises pour s'assurer que le conseil d'administration réponde aux standards de qualité et de sécurité. Le plan de travail du comité de gouvernance et d'éthique permet au conseil d'administration de définir et respecter ses rôles, responsabilités et obligations légales.

Les travaux du comité ont porté notamment sur l'élaboration d'un programme d'accueil et d'intégration des administrateurs. Le plan de relève des administrateurs et les outils d'évaluation de la gouvernance ont également fait l'objet d'une réflexion quant aux orientations et à la stratégie souhaitée pour la préparation de règles de gouvernance en 2017-2018.

Le comité a fourni des avis au regard de la révision de la politique de déplacement des usagers, de la révision de la grille tarifaire des aires de stationnement, de la démarche d'amélioration portant sur la non-conformité au cadre de référence du MSSS de certaines ressources non institutionnelles et petites ressources intermédiaires de la région, ainsi que concernant le soutien offert aux fondations et aux organismes de sollicitation sur le territoire.

Toutes les recommandations émises par le comité de gouvernance et d'éthique ont été approuvées par le conseil d'administration.

Département régional de médecine générale

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région qui œuvrent en première ligne, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et ceux qui pratiquent en établissement.

Sous l'autorité du président-directeur général du CISSS, le DRMG est responsable de :

- Définir, proposer et mettre en place un plan régional des effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision du CISSS;
- Définir, proposer et mettre en place un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, incluant un réseau de garde intégrée et de garde en disponibilité (maintien à domicile, établissements de longue durée, etc.) et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision du CISSS;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux s'inscrivant à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur les programmes prioritaires du CISSS et en assurer la mise en place;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) et d'assurer la mise en place des activités choisies par le CISSS;
- Évaluer l'atteinte des objectifs relatifs au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et de ceux liés à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- Donner son avis sur tout projet concernant les services médicaux généraux à dispenser.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit médecins de famille au profil de pratique différent et issus des différentes MRC de la Côte-Nord. Dr Roger Dubé, chef du DRMG, assume ses responsabilités sous l'autorité du président-directeur général du CISSS.

Voici le comité de direction en date du 31 mars 2017.

Tableau 2 - Comité de direction du Département régional de médecine générale

Nom	Territoire
Dre Julie Boulanger	Haute-Côte-Nord (Les Escoumins)
Dr Roger Dubé - Chef du DRMG	Manicouagan (Baie-Comeau)
Dr Pierre Gosselin	Port-Cartier
Dre Julie Léger	Sept-Îles
Dr Christian Mercier	Fermont
Dr Pierre Moore	Minganie
Dr Maxime Robin-Boudreau	Basse-Côte-Nord
Dre Claudette Viens	Clinique privée

Au cours de l'année 2016-2017, le comité de direction s'est réuni à quatre reprises.

Les principaux sujets abordés furent :

- Activités médicales particulières (AMP);
- Collaboration ou avis au regard de certains programmes :
  - Ordonnances collectives;
  - Consolidation des services de première ligne;
- Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier :
  - Accessibilité aux services de première ligne dans les cliniques médicales (accès avancé);
  - Accueil clinique;
  - Mécanisme d'accès aux plateaux techniques et diagnostiques;
- Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
  - Coordination des effectifs médicaux en médecine de famille sur le territoire;
  - Confirmation des avis de conformité;
- Recrutement médical :
  - Suivi du programme de bourses en région (en territoire éloigné ou isolé) en médecine de famille;
- Groupe de médecine de famille (GMF);
  - Assiduité;
  - Prise en charge de la clientèle inscrite au guichet d'accès.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques, le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) exerce les responsabilités suivantes :

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Le comité s'est réuni à deux reprises au cours de la dernière année (octobre et janvier) afin de s'acquitter de ses fonctions en plus de tenir une assemblée générale des membres en avril. À la suite de l'assemblée générale des membres et conformément au règlement du comité, des élections ont eu lieu en juin afin de renouveler la composition du comité. Les membres ainsi élus ou nommés sont les suivants :

- Sylvie Comeau, pharmacienne en établissement, Baie-Comeau
- Marie-Pier Dubuc, pharmacienne propriétaire, Baie-Comeau
- Josée Filiatrault, pharmacienne en établissement, Sept-Îles
- Audrey McIntyre, pharmacienne salariée (pharmacie communautaire), Sept-Îles
- Jessica Proulx King, pharmacienne salariée (pharmacie communautaire), Fermont
- Dave Charlton, pharmacien chef régional
- Marc Fortin, président-directeur général

Les principaux dossiers soumis au CRSP ont touché les enjeux suivants :

- La prescription infirmière;
- La création d'un programme régional d'antibiothérapie intraveineuse à domicile;
- La présence de pharmaciens en GMF selon le nouveau cadre de gestion;
- La gestion de l'ajustement de l'anticoagulothérapie;
- Application de la loi 41 (Loi modifiant la Loi sur la pharmacie);
- Les problématiques entourant l'administration de médicaments dans les cliniques de perfusion;
- La transmission des ordonnances par télécopieur;
- L'ajustement des doses d'héparine de faible poids moléculaire.

Le comité a également rédigé plusieurs communiqués destinés autant aux pharmaciens communautaires qu'hospitaliers sur divers sujets touchant la pratique.

Le MSSS a soumis un canevas de règlement type venant baliser le fonctionnement et les modalités d'élection du CRSP. Le comité a donc dû réviser le canevas et l'adapter à la réalité de notre région. La version modifiée des règlements a été approuvée en séance régulière et sera soumise pour approbation au conseil d'administration le 31 mai 2017.

Conseil multidisciplinaire

L'année 2016-2017 se divise en deux parties pour le conseil multidisciplinaire (CM). Jusqu'à l'automne 2016, c'est un exécutif transitoire qui a assuré la mission du conseil, la réalisation des règlements généraux et l'organisation des élections du nouvel exécutif.

À la suite du processus électoral, trois membres de l'exécutif ont été élus par acclamation et un par scrutin. Le nouvel exécutif du CM est constitué des membres suivants :

Tableau 3 - Comité exécutif du conseil multidisciplinaire

Nom	Fonction ou direction	Territoire
Marilyne Bérubé-Lapointe *présidente CM transitoire	Protection de la jeunesse (poste régional)	Baie-Comeau
Émilie Boutin	Programmes déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (cooptation)	Sept-Îles
Marie-Christine Breault	Services professionnels et enseignement universitaire (secteur ouest)	Baie-Comeau
Geneviève Deschênes - Trésorière	Directions multiples (poste régional)	Baie-Comeau
Johanne Dion - Vice-présidente	Programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux (poste régional)	Baie-Comeau
Josée Francoeur	Programme jeunesse (secteur est)	Port-Cartier
Annie Gagné	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (cooptation)	Fermont
Marie-Hélène Gosselin	Programme jeunesse (secteur ouest)	Baie-Comeau
Claudia Imbeault	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) (poste régional)	Port-Cartier
Johanne Poirier - Secrétaire et responsable des communications	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (secteur est)	Sept-Îles
Anne Rioux - Présidente	Programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (secteur ouest)	Baie-Comeau
Nathalie Castilloux	Directrice des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique	Baie-Comeau
Vacant	Services professionnels et enseignement universitaire (secteur est)	
Vacant	Cooptation	

Rôle du conseil

Le CM a pour rôle de représenter les professionnels auprès du conseil d'administration, de la Direction générale et des autres instances en donnant son avis sur l'organisation scientifique et technique, les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ou sur toute autre question que le président-directeur général porte à son attention. Il a aussi le mandat, envers le conseil d'administration, de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres et de constituer, au besoin, des comités de pairs pour l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle.

De plus, avec la fusion de tous les établissements de la Côte-Nord, le CM du CISSS de la Côte-Nord dispose également des mandats dédiés anciennement à la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR). Ceux-ci sont :

- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre;
- de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- de donner son avis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population et d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration du CISSS et de faire rapport périodiquement au conseil d'administration.

Faits saillants du 1er avril 2016 au 31 mars 2017 et orientations

Au cours de l'année, l'exécutif transitoire et celui élu se sont rencontrés onze fois pour des rencontres régulières en plus de trois fois pour des rencontres extraordinaires. Au total, sept avis ont été produits et transmis aux différentes directions :

- Procédure administrative - Cheminement pour la consultation et l'adoption des documents cliniques : Protocoles médicaux, ordonnances individuelles standardisées, ordonnances collectives ou autres documents cliniques. Recommandée avec certaines modifications;
- Procédure visant la gestion de situations conflictuelles et le traitement des plaintes de harcèlement et violence. Recommandée avec certaines modifications;
- Programme régional en cancérologie : Recommandé avec modifications;
- Programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie : Recommandé sans modifications;
- Plan d'action en santé publique : Recommandé avec demande de précisions;
- Avis concernant la consultation de l'intégration des services de santé et de services sociaux en Côte-Nord. Une présentation au comité clinique de direction a été faite pour cet avis;
- Avis concernant le protocole interdisciplinaire pour l'application exceptionnelle des mesures de contrôle : Isolement, contention et substances chimiques. Lors du dépôt de l'avis, une rencontre a été faite avec l'agente de planification chargée de la rédaction afin de lui présenter les différentes recommandations. Recommandé avec modifications.

De plus, nous avons complété un sondage pour l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) à propos du transfert des professionnels dans les groupes de médecine de famille (GMF) dans le but de soutenir la rédaction d'un avis provincial de l'association.

La mise en œuvre du projet OPTILAB nous a amenés à nous questionner sur les impacts de ce dernier. Dès juillet 2016, nous avons informé par écrit le président-directeur général, M. Marc Fortin, de nos préoccupations dans ce dossier concernant la prestation des services, l'appréciation de l'acte professionnel et la qualité des services aux usagers.

L'exécutif du CM est à constituer son premier budget ainsi que son premier plan d'action. Il est aussi à planifier sa première assemblée générale qui se tiendra le 1er juin 2017. Cette dernière constitue d'ailleurs un défi important considérant le nombre de membres (environ 880) ainsi que l'étendue du territoire qui nous oblige à procéder par visioconférence.

Conclusion

L'implantation du nouvel exécutif a suscité de nombreux défis que nous avons su relever. Qu'il s'agisse du territoire à couvrir, de la méconnaissance de notre conseil professionnel par ses membres, de la diversité des professionnels et des diverses directions dont ils font partie, nous avons été en mesure de créer un comité exécutif fort et uni, capable de travailler de façon intégrée. Tous les membres de l'exécutif ont à cœur que le conseil multidisciplinaire rayonne, qu'il soit enfin connu de ses membres et des autres conseils consultatifs, et cela, afin qu'il puisse assumer pleinement les mandats qui lui sont confiés.

Pour la prochaine année, nous prévoyons :

- Poursuivre la promotion du CM auprès des employés du CISSS de la Côte-Nord;
- Poursuivre la création de liens avec l'ACMQ, le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Poursuivre notre mandat consultatif dans l'établissement;
- Instaurer les comités de pairs, par souci de répondre aux recommandations du plan d'amélioration de l'agrément.

En terminant, nous souhaitons que les valeurs d'intégration, de rigueur, du maintien et du développement des meilleures pratiques continuent de nous guider dans le travail à accomplir au quotidien auprès des usagers que nous desservons. En ce sens, nous avons choisi un slogan représentatif de notre rôle et de notre désir de décloisonner les silos : « *Notre CM, la clé pour un changement intégré* ».

Marilyne Bérubé-Lapointe, présidente du CECM transitoire (avril à octobre 2016)
Anne Rioux, présidente du CECM

Conseil des infirmières et infirmiers

Un mot pour résumer l'année 2016-2017 pour le conseil des infirmières et infirmiers (CII) : « Structurante ».

Des avancées ont été réalisées pour que le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) du CISSS de la Côte-Nord puisse occuper pleinement son mandat. Ce sont des passionnées des soins infirmiers qui s'impliquent avec ardeur et dans un esprit de collaboration afin de tenter de promouvoir et d'apprécier la qualité de l'acte infirmier dans l'organisation.

Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable :

Envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans chaque centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) et exercées dans les centres;
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans les centres;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans les centres;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans les centres;
- De donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- De donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- De donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- Le CII doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Envers le président-directeur général, le CII est responsable de donner son avis sur les questions suivantes :

- L'organisation scientifique et technique du centre;
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers;
- Toute autre question que le président-directeur général porte à son attention.

Voici donc un court résumé des activités principales de la dernière année :

- Un total de sept rencontres régulières du comité exécutif a eu lieu et deux tables de travail officielles. Soulignons la présence d'un membre du CII sur divers comités stratégiques de l'établissement en lien avec les soins infirmiers ainsi que la participation à deux rencontres consultatives avec le président-directeur général et les autres conseils professionnels. Le CECII a aussi été consulté sur divers documents touchant son mandat.

- Le CECII a également apporté son soutien à la création et à la mise sur pied du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) transitoire.

- Afin de favoriser la diffusion de l'information et des travaux du CII, cinq parutions du bulletin INFO CII ont aussi été créées et diffusées auprès de nos membres.
- Une activité pour souligner la journée de l'infirmière sous la forme d'une capsule réflexive sur la profession infirmière a été présentée à trois reprises dans la journée du 12 mai. Ce fut un beau moment donnant lieu à des échanges sur l'étendue du champ d'exercice de la profession infirmière.
- Des élections ont eu lieu à l'automne 2016 conformément à la procédure prévue à la régie interne du CII. Les personnes élues par acclamation sont : Mesdames Luce Tanguay et Guylaine Raymond. Les personnes élues à la suite du vote postal sont : Mesdames France St-Pierre, Nancy Asselin, Marie-Hélène St-Pierre et Darlene Jones. Les sièges vacants ont par la suite été comblés selon les modalités prévues à la régie interne.

Voici le tableau démontrant la structure actuelle du CECII du CISSS de la Côte-Nord :

Tableau 4 - Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

Nom	Fonction ou direction	Territoire
Membres élus et cooptés		
Nancy Asselin	Soins infirmiers	Baie-Comeau
Édith Caron - Secrétaire	Siège coopté - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	Fermont
Darlene Jones - Vice-présidente	Services professionnels et enseignement universitaire	Blanc-Sablon
Guylaine Raymond	Programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux	Baie-Comeau
Marie-Claude Rioux	Siège coopté	Forestville
France St-Pierre	Soins infirmiers	Sept-Îles
Marie-Hélène St-Pierre - Présidente	Santé publique	Baie-Comeau
Sabrina Savard	Siège coopté - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	Les Escoumins
Luce Tanguay - Trésorière	Programme jeunesse	Port-Cartier
Lucie Vigneault	Siège coopté	Havre-Saint-Pierre
Membres d'office		
Marc Fortin	Président-directeur général	Sept-Îles
Karine St-Hilaire	Présidente temporaire du CIIA	Baie-Comeau
Mireille Vigneault	Directrice des soins infirmiers	Havre-Saint-Pierre
Vacant	Membre désigné du CIIA	
Invités permanents		
Brigitte Gagnon	Représentante des collèges d'enseignement général et professionnel	Sept-Îles
Lynn McKinnon	Représentante des centres de formation professionnelle	Sept-Îles
Vacant	Représentante du programme universitaire de sciences infirmières	
Membre observateur		
Marie Blanchet Legendre	Présidente de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord	

Pour la prochaine année, le mot d'ordre sera « Action! » afin de nous faire connaître, afin d'assurer notre présence dans l'établissement et notre pouvoir d'influence.

Marie-Hélène St-Pierre, présidente du CII

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de la Côte-Nord regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans un centre exploité par l'établissement et qui jouissent du statut requis par règlement pris en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Sous l'autorité du conseil d'administration, le CMDP est responsable :

- De contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre;
- D'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre;
- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;

- De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer;
- De donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique;
- De faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres du centre notamment celles ayant pour objet :
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités cliniques du centre, y compris la garde;
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant;
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs;
  - La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités médicales prévues à une entente visée aux articles 108 et 109;
- D'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre;
- De donner son avis sur les aspects professionnels des questions suivantes :
  - L'organisation technique et scientifique du centre;
  - Les règles d'utilisation des ressources visées au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 et sur les sanctions administratives qui doivent y être prévues;
- De faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre;
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le comité exécutif du CMDP était composé pour l'année 2016-2017 de :

Tableau 5 - Comité de direction du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Nom	Fonction	Territoire
Dre Sara Garneau	Présidente	Baie-Comeau
Dr Frédéric Lasnier	Vice-président	Basse-Côte-Nord
Mme Caroline Talbot	Secrétaire	Sept-Îles
Dr Pierre Gosselin	Trésorier	Port-Cartier
Dr Arab Boussaid	Membre	Forestville
Dr Guillaume Dumont	Membre	Sept-Îles
Dr Dan Liviu Gitlan	Membre	Baie-Comeau
Dr Guillaume Lord	Membre	Les Escoumins
Dr Christian Mercier	Membre	Fermont
Dr Pierre Moore	Membre	Minganie
M. Marc Fortin	Président-directeur général	CISSS de la Côte-Nord
Dre Chantale Baril	Directrice des services professionnels et de l'enseignement universitaire	CISSS de la Côte-Nord

Faits saillants

Au 31 mars 2017, le CMDP de la Côte-Nord comptait un effectif de 223 membres actifs, dont :

- 137 médecins de famille;
- 60 médecins spécialistes;
- 10 dentistes;
- 16 pharmaciens.

Au cours de l'année 2016-2017, les membres du comité exécutif se sont rencontrés à onze reprises pour des réunions régulières et à une reprise pour une réunion extraordinaire. Le CMDP a aussi tenu quatre assemblées générales de tous ses membres.

Afin de réaliser les mandats qui lui sont confiés, le CMDP compte également quatre sous-comités :

- Comité de pharmacologie;
- Comité d'examen des titres;
- Comité de discipline et la procédure de traitement des plaintes concernant les médecins, dentistes et pharmaciens;
- Comité d'évaluation de la qualité de l'acte médicale, dentaire et pharmaceutique.

LES FAITS SAILLANTS DES DIRECTIONS

Direction de santé publique

La Direction de santé publique soutient la mission du CISSS par une offre de services cliniques adaptés aux différentes communautés du territoire. L'objectif principal de la santé publique est d'éviter de nouveaux malades, traumatismes, troubles psychosociaux ou décès. Son mandat est inscrit dans la Loi sur la santé publique.

Protection de la santé

Le directeur de santé publique reçoit, par divers intervenants, les maladies à déclaration obligatoire (MADO) et des signalements de menace à la santé. L'objectif des équipes est d'enrayer rapidement chaque menace afin d'éviter qu'elle cause un grand nombre de malades ou de décès. Ce service couvre les signalements en maladies infectieuses, en santé environnementale et la santé des travailleurs. Un service de garde 24/7 est en place.

Promotion et prévention de la santé

La Direction de santé publique se caractérise par des actions :

- En amont de la maladie (avant que les personnes soient malades);
- Qui se situent principalement au niveau des communautés et milieux de vie (municipalités, écoles, centres de la petite enfance, milieux de travail);
- En partenariat avec les autres directions du CISSS, les ministères et organismes de la région afin de multiplier les opportunités de favoriser la santé.

L'objectif des équipes en prévention/promotion et des organisateurs communautaires est d'agir sur les déterminants de la santé afin d'éviter l'apparition de problèmes de santé.

Cette année, le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 a été adopté par le conseil d'administration. Avec ce plan, la Direction de santé publique compte assurer un « leadership » régional afin de mobiliser l'ensemble des directions du CISSS et ses partenaires régionaux afin de diminuer l'incidence de nombreuses maladies. Plusieurs instances internes et externes ont été consultées lors de l'élaboration du document.

Le plan d'action s'appuie sur cinq axes :

- Développement global des enfants et des jeunes;
- Adoption de modes de vie et création d'environnements sains et sécuritaires;
- Prévention des maladies infectieuses;
- Gestion des risques et des menaces pour la santé et préparation aux urgences sanitaires;
- Surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Faits saillants

Maladies infectieuses

- En 2016, 473 MADO d'origine infectieuse ont été reçues des médecins et des laboratoires de la région.
- Le nombre de cas déclarés de chlamydiose génitale augmente depuis 2012. Sur la Côte-Nord, le taux d'incidence est de 356,6 pour 100 000 personnes comparativement à un taux de 304,3 pour 100 000 personnes pour l'ensemble du Québec. Les infections gonococciques sont également en augmentation depuis 2012.
- Vingt-huit éclosions de maladies infectieuses ont été signalées à la Direction de santé publique de la Côte-Nord en 2016, soit 21 par les milieux de soins (centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et centres d'hébergement et de soins de longue durée) et 7 par des milieux de vie (résidences privées pour aînés, ressources intermédiaires, garderies, écoles).
- Des travaux se sont poursuivis afin de mieux définir l'offre de soutien lors d'éclosions ou de problématiques particulières dans les milieux de vie (ressources non institutionnelles, résidences privées pour aînés) en collaboration avec les directions concernées (soutien à l'autonomie des personnes âgées, services professionnels et enseignement universitaire, soins infirmiers).
- La campagne annuelle de vaccination contre la grippe dans l'ensemble des installations du CISSS de la Côte-Nord a permis d'administrer 20 788 doses de vaccin (21 399 en 2015-2016). L'estimation de la couverture vaccinale révèle que 89,2 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée (94 % en 2015-2016) et 48,7 % des travailleurs de la santé (56,4 % en 2015-2016) ont été vaccinés. L'objectif visé est de 80 % dans tous les groupes cibles.
- En milieu scolaire, la couverture vaccinale a été évaluée pour les jeunes de la maternelle, de la 4e année du primaire et du 3e secondaire. Entre 88,5 % et 99,1 % de ces jeunes ont reçu les vaccins prévus au calendrier régulier de vaccination. Plus de 93 % des élèves de la 4e année du primaire ont reçu les deux doses de vaccin contre l'hépatite B prévues au calendrier vaccinal et 88 % ont été vaccinés contre le virus du papillome humain (VPH) dont l'objectif était de 90 %. À noter que, depuis l'automne 2016, les garçons bénéficient également du programme de vaccination contre le VPH.
- Plusieurs appels à la vigilance, s'adressant aux médecins et autres intervenants de première ligne dans les installations et les communautés autochtones, ont été diffusés (ex. : virus Zika, coqueluche, hépatite A, légionellose, maladie de Lyme).
- Des rapports de vigie sur la circulation de la grippe et de la gastro-entérite dans la région ont été diffusés aux directeurs et intervenants du CISSS de façon hebdomadaire à l'hiver et à l'automne.
- La tournée des sites de vaccination de la Côte-Nord s'est poursuivie afin d'évaluer le respect des normes et pratiques en gestion des vaccins (conservation et entreposage) et se terminera en 2017-2018.
- En octobre 2016, 22 participants de 7 directions du CISSS ont bénéficié de l'atelier d'appropriation pour les gestionnaires « Oser faire autrement : Pour mieux travailler ensemble dans la lutte aux ITSS » donné à Baie-Comeau et à Sept-Îles et animé par Mme Michelle Morin du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS. Les échanges et réflexions ont permis de favoriser une compréhension commune de la problématique et une prise de conscience du rôle des intervenants des différentes directions dans le continuum de soins relativement aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).
- Quatre numéros du bulletin *Contamine-Action* ont été diffusés aux professionnels du réseau de la santé nord côtier.

Santé environnementale

- Une enquête sur des cas de cancer en Basse-Côte-Nord (Gros-Mécatina) a été réalisée afin d'évaluer la présence d'une exposition commune ou de facteurs de risques.
- La Direction de santé publique est intervenue dans une trentaine de dossiers sur le plan de la qualité de l'air intérieur (moisissures, radon, émanations, bruit) directement auprès de citoyens et d'organismes (Office municipal d'habitation, municipalités, commissions scolaires).
- Une intervention a été réalisée lors d'un incendie accidentel majeur afin d'assurer un soutien professionnel.
- La Direction de santé publique a également siégé à des comités régionaux et nationaux, afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers, notamment l'eau potable, la qualité de l'air intérieur et extérieur, les changements climatiques, les cyanobactéries, l'uranium et le radon.
- Une dizaine d'études d'impact environnemental ont été analysées d'un point de vue de santé publique pour vérifier la recevabilité ou l'acceptabilité tout en assurant le suivi (correspondance, addenda, suivi environnemental, etc.).

- La surveillance des 26 réseaux d'alimentation en eau potable de la Côte-Nord s'est poursuivie en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, avis de santé publique pour des problématiques particulières).
- La surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale a été maintenue et 33 enquêtes épidémiologiques ont été menées lors de déclarations.
- Plusieurs projets de règlement de MRC ont été analysés.
- Des campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention sur divers sujets tels que le monoxyde de carbone et les rayons UV ont été réalisées.
- La mise en œuvre du projet sur les risques industriels majeurs sur la Côte-Nord s'est poursuivie.
- Une campagne d'arrachage et de sensibilisation sur de l'herbe à poux, de même que l'élaboration des cartes correspondantes, ont été réalisées dans la municipalité de Tadoussac.
- La Direction de santé publique a participé à une étude sur l'état de santé de populations autochtones à Natashquan et Unamen Shipu menée par le Centre de recherche du CHU de Québec.

Santé au travail

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année 2016 par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

Tableau 6 - Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région

Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	39
Élaboration de programmes de santé	4
Mise à jour de programmes de santé	25
Intervention générale	87
Ergonomie	71
Gestion de la santé et sécurité au travail (GSST)	7
Surveillance environnementale	99
Surveillance médicale	6
Information	109
Premiers secours et premiers soins	125
TOTAL	572

Il est important de mentionner que les interventions de surveillance médicale ont permis de réaliser entre autres 347 audiogrammes de dépistage.

En plus des activités prévues aux programmes de santé spécifiques à l'établissement (PSSE), les intervenants en santé au travail ont effectué :

- 480 analyses de postes dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger*;
- 14 situations de maladies à déclaration obligatoire (MADO) qui ont fait l'objet d'enquêtes.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en charge leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre. Le Service de santé au travail a publié, au cours de l'année, trois éditions du bulletin *Santé en têtes* à l'intention des milieux de travail de la région. Le tirage est de 540 exemplaires par édition. Les intervenants de santé au travail ont bénéficié de plus de 336 heures de formation au cours de l'année.

En soutien aux activités des intervenants, l'équipe conseil a, entre autres, mis à jour le guide du PSSE et élaboré plusieurs guides de saisie et sessions d'informations.

Prévention et promotion de la santé

- L'intégration de la démarche *Prendre soin de notre monde* au Plan d'action régional en saines habitudes de vie a permis d'obtenir un financement supplémentaire de 65 000 $ de la part de Québec en Forme, pour déployer les actions jusqu'en décembre 2018.
- Le projet CAP (clinique d'alimentation et d'activité physique), pour les personnes obèses sans maladies chroniques, s'est poursuivi dans la Manicouagan (140 participants) et à Sept-Îles (80 participants). En plus de permettre aux personnes d'introduire de saines habitudes de vie dans leur quotidien, les résultats indiquent une diminution de la circonférence abdominale et de l'indice de masse corporelle (IMC) ainsi qu'un mieux-être en général. En 2017-2018, ce service sera offert à Baie-Comeau, Port-Cartier, Sept-Îles et Fermont.
- Un total de 178 personnes ont bénéficié d'un suivi intensif pour cesser de fumer dans les 7 centres d'abandon tabagique, soit une augmentation de 28 participants. Ils ont été rencontrés à 364 reprises.
- Déploiement de plusieurs campagnes et programmes : Défi J'arrête, j'y gagne!, Défi Santé, Rallye sur la Côte, défis Moi j'croque et Pelure de banane, Semaine pour un Québec sans tabac, La Gang allumée, Fais-toi entendre! et la Journée mondiale sans tabac, Gazelle et potiron, École en santé et plusieurs activités de sensibilisation de la saine alimentation.
- Promotion de l'activité physique dans divers milieux (centres de la petite enfance (CPE), écoles, municipalités, organismes communautaires) permettant de joindre les jeunes, les adultes et les aînés, par des activités telles que « Attention, enfants en mouvement » pour les CPE, les trottibus pour marcher vers l'école, les activités sur le transport actif, les activités du projet CAP et les programmes Viactive ou PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique).
- En 2016-2017, 925 enfants ont bénéficié de la pose de scellants dentaires et toutes les écoles de la Côte-Nord (primaires et secondaires) ont eu droit à ce service pour les élèves ciblés par le programme. Tous les enfants de la maternelle ont été vus pour le dépistage dentaire et plus de 892 enfants bénéficient d'un suivi préventif individualisé. Les cliniques bébé-dents ont été un succès. Nous faisons aussi la distribution de porte-brosses à dents dans les services de garde éducatifs à l'enfance et en milieu scolaire. Nous avons à ce jour distribué 168 porte-brosses à dents.
- Concernant la prévention des traumatismes non intentionnels, une dizaine d'inspections d'aires et d'appareils de jeux ont été réalisées dans les cours d'écoles de la Basse-Côte-Nord et les recommandations ont été transmises aux directions d'écoles.
- En ce qui a trait au dossier de la sécurité routière, à la suite de la consultation provinciale de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), un mémoire a été produit afin de présenter des recommandations sur la réalité de la Côte-Nord. De plus, le comité sécurité de la route 389 a poursuivi ses activités de prévention ainsi qu'une révision de sa mission, de sa vision ainsi que des règlements généraux. En mai 2016, les journées nord-côtières de sécurité ont permis de sensibiliser les usagers du réseau routier aux dépassements dangereux en collaboration avec les partenaires régionaux (Sûreté du Québec, contrôle routier, corps policiers autochtones, SAAQ).

Surveillance et évaluation

- Diffusion d'un numéro de *La santé recherchée* portant sur l'excès de poids dans la population nord-côtière selon les principaux résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010.
- Diffusion d'un numéro de *La santé recherchée* portant sur la perception des Nord-Côtiers au regard de leur poids corporel selon les résultats de l'Enquête Santé Côte-Nord 2010.
- Poursuite des travaux en vue de produire un ensemble de fiches relatives à différents indicateurs de l'état de santé et de bien-être de la population de la Côte-Nord.
- Production de données statistiques pour le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020.
- Collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en lien avec certains dossiers prioritaires.
- Mise à jour et exploitation des diverses banques de données relatives à la surveillance générale de l'état de santé de la population (naissances, décès, admissions hospitalières).
- Réponse à des demandes *ad hoc* en surveillance formulées par des intervenants du CISSS de la Côte-Nord.

Direction des soins infirmiers

Faits saillants

Prescription infirmière

Depuis l'entrée en vigueur du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* en janvier 2016, 50 infirmières se sont prévalues du droit de prescrire au CISSS de la Côte-Nord. Huit activités de prescription sur dix ont été déployées en date du 31 mars 2017. L'activité liée aux soins de plaies est toujours en attente et l'arrimage de la prescription infirmière en CHSLD se poursuit.

Formation sur l'évaluation physique et mentale d'une personne symptomatique

La formation de 25 heures accréditées et rémunérées portant sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique offerte aux infirmières et infirmiers détenteurs d'un Diplôme d'études collégiales (DEC) obtenu avant juillet 2016 a été déployée. Des formations ont été offertes au personnel concerné. La grande majorité des 900 infirmières a rempli le formulaire concernant leur profil académique. Certaines seront soumises à l'évaluation initiale des compétences. Trois « coachs » cliniques ont été formés.

Prévention et contrôle des infections

Depuis janvier 2017, le nouveau Guide de prévention et contrôle des infections « Pratiques de base et précautions additionnelles » a été déployé. Désormais, toutes les installations disposent du même guide.

Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)

En octobre 2016, une première éclosion de cas de colonisations à entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) a été signalée par une installation du CISSS. Ces bactéries se retrouvent dans l'environnement ainsi qu'au niveau de la flore humaine normale et se transmettent par contact direct (poignée de mains) ou indirect (par un objet contaminé). Elles peuvent causer des colonisations (présence de la bactérie sans signe d'infection) ou des infections très difficiles à traiter.

La gestion de cette éclosion a nécessité la mise en place d'actions concertées par plusieurs directions et a eu des impacts majeurs sur plusieurs secteurs d'activité (rehaussements en hygiène et salubrité, formation et accompagnement du personnel soignant et des médecins sur les pratiques de base et précautions additionnelles, mesures de dépistage, améliorations aux immobilisations, ajout de ressources humaines et matérielles). Cette éclosion rappelle que la mobilisation de toutes les directions du CISSS est essentielle au déploiement et au maintien d'une culture de prévention des infections au sein du CISSS et est la seule façon de lutter efficacement contre les infections nosocomiales.

Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire

Faits saillants

- Implantation du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) et des formulaires des neuf premières spécialités ciblées pour l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS).
- Adoption du Plan d'action régional du continuum de soins et de services pour la prise en charge des personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC).
- Adoption du Programme régional de cancérologie visant à offrir des soins et des services accessibles et de qualité, tout en optimisant l'utilisation des ressources.

- Réalisation d'une première bronchoscopie dans les nouveaux locaux à Sept-Îles réservés pour ce type d'intervention.

- Dépôt d'un modèle régional de développement en santé rénale pour l'ouest de la Côte-Nord au MSSS concernant l'offre de service en hémodialyse à Baie-Comeau.

- Implantation d'une clinique pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) dans la Manicouagan.

- Consolidation du comité régional de traumatologie afin de permettre un comité régional de concertation et de coordination de tous les maillons du continuum de services en traumatologie.

- La clinique d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) de l'installation de Sept-Îles a vu le jour en juin 2016. Une équipe interdisciplinaire, composée de deux infirmières et d'une nutritionniste, accueille la clientèle des internistes et du cardiologue pour faire de l'enseignement et les suivis. Dorénavant, tous les membres de cette équipe utiliseront le logiciel *VISION C+*, qui leur permettra de faire un suivi de qualité en étant dans des lieux différents.

- En juillet 2016, l'équipe interdisciplinaire réservée au Centre régional en gestion de la douleur chronique (CRGDC) a été officialisée. Cette équipe, composée d'une infirmière clinicienne, d'un physiothérapeute, d'une travailleuse sociale, d'un médecin et d'une neurologue, œuvre directement auprès de la clientèle atteinte de douleur chronique et se rencontre aux deux semaines afin d'élaborer les plans d'intervention. Grâce à cette approche, les intervenants ont remarqué une progression dans le processus d'autosoins des usagers.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) s'adresse aux Québécoises âgées de 50 à 69 ans. Dans la région, les services de mammographie sont offerts dans trois centres de dépistage désignés, soit dans les hôpitaux de Baie-Comeau, Sept-Îles et Havre-Saint-Pierre. Dans les secteurs isolés, comme Schefferville, Fermont et la Basse-Côte-Nord, les services sont dispensés par l'unité mobile *CLARA* et l'unité portative *SOPHIE*. Les hôpitaux de Sept-Îles et de Baie-Comeau sont également des centres de référence pour investigation désignés. En 2016-2017, 7 138 femmes ont reçu une invitation et 3 512 d'entre elles ont passé une mammographie de dépistage.

Soins palliatifs

En 2016-2017, il y a eu adoption de la Politique régionale relative aux soins palliatifs de fin de vie et du Programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie visant à assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leurs droits et de leur dignité, à déterminer les modalités générales d'accès aux soins et à définir les rôles et responsabilités des divers intervenants impliqués. À la suite de l'entrée en vigueur, le 10 décembre 2015, de la Loi concernant les soins de fin de vie, deux demandes d'aide médicale à mourir ont été formulées et administrées dans la région.

Pharmacie

Le département de pharmacie dessert l'ensemble de la clientèle nécessitant des soins et des services pharmaceutiques au sein du CISSS de la Côte-Nord. Le plan d'organisation de l'établissement prévoit 22 postes de pharmaciens et 34,6 équivalents temps complet (ETC) assistants-techniques et agentes administratives pour offrir les services.

La situation des effectifs demeure fragile avec 50 % des postes vacants ou temporairement dépourvus de leur titulaire, et ces difficultés de recrutement forcent l'établissement à recourir à la main-d'œuvre indépendante. Des corridors de services sont à convenir avec d'autres établissements de même que des ententes interétablissements afin d'assurer des services de qualité, efficaces et sécuritaires.

En 2016-2017, les travaux se sont poursuivis afin de terminer la mise aux normes des installations de Blanc-Sablon concernant les préparations stériles, conformément aux attentes de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Du côté de Fermont, d'importants travaux de mise à niveau de la pharmacie, incluant l'implantation du système informatique *GesphaRx*, ont été réalisés.

Le département de pharmacie poursuit de façon active ses travaux d'harmonisation des processus de travail et collabore à la conception et à l'harmonisation des outils cliniques touchant l'utilisation des médicaments.

Biologie médicale

Les travaux pour la mise en place du projet OPTILAB (programme d'optimisation des laboratoires) se sont poursuivis. L'objectif est de restructurer la gestion et la gouverne médicale des laboratoires de biologie médicale au Québec. Cette décision du MSSS fait suite au rapport 2003-2004 du Vérificateur général, où des constats étaient posés quant à la nécessité d'optimiser le secteur des laboratoires de biologie médicale au Québec.

Le CISSS de la Côte-Nord est associé au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean (laboratoire serveur) dans ce projet. La transformation nécessaire à la mise en place des grappes de services nouvellement créées se réalisera progressivement au cours des cinq prochaines années.

Imagerie médicale

Le service d'imagerie médicale (secteur radiologie) de l'Hôpital de Sept-Îles a reçu l'attestation d'inspection professionnelle de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec. Cette attestation confirme que les technologues en imagerie médicale ont répondu aux attentes du comité d'inspection professionnelle.

Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique

Plusieurs informations en lien avec la direction (agrément, mesures de contrôle, etc.) se trouvent à la section 5 du présent rapport à la page 47.

Faits saillants

- L'un des gros projets sur lequel a planché la Direction des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (DSMQEPE) au cours de la dernière année a été la mise en place d'une équipe de performance et d'une salle de pilotage entièrement électronique afin de permettre une gestion intégrée de la performance et de l'amélioration continue. La salle de pilotage est un espace dédié qui permet, grâce à des tableaux de bord interactifs, de faire le point sur la performance actuelle et d'engager la discussion pour améliorer les services, et ce, en se basant sur un suivi en temps réel des données et des indicateurs. Actuellement, 16 projets sont actuellement suivis selon une trentaine d'indicateurs. Ce modèle vise à intégrer de nouvelles pratiques de gestion de proximité et de partage du « leadership ».

- Des travaux sont en cours pour permettre un accès harmonisé dans la région à différents guichets d'accès aux services. Ces travaux impliquent différentes directions du CISSS de la Côte-Nord, soit la DSMQEPE, la Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique, la Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux, la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme jeunesse. Il est prévu que les différents guichets soient opérationnels au cours de l'automne 2017.

- Les plans d'intervention et plans spécialisés d'intervention ont été harmonisés. Le cadre de référence précise les normes, les standards et les compétences attendus auprès du personnel clinique. Il permet également de définir les principes directeurs et légaux qui sous-tendent le processus d'élaboration, de mise en œuvre et de révision des plans, tout en tenant compte des particularités d'application des différentes directions concernées. Des outils cliniques ont également été proposés pour l'animation de la démarche.

- Le modèle Planetree a été adopté au CISSS de la Côte-Nord et l'équipe de la DSMQEPE est en charge de son implantation. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de l'établissement d'amorcer un virage stratégique qui met l'expérience client au cœur des priorités de l'organisation. Le modèle Planetree est une norme d'excellence en soins et services centrée sur les personnes. L'approche comprend six composantes, dont la qualité des interactions humaines, les environnements propices au bien-être, ainsi que la santé globale, le bien-être et la spiritualité.

Liaison autochtone

À la suite de la consultation avec les communautés autochtones du territoire, le service de la liaison autochtone du CISSS de la Côte-Nord a mis en place différents comités d'arrimages avec les communautés afin d'améliorer la fluidité des services entre les organisations, notamment en ce qui concerne la coordination des soins infirmiers et du programme de santé mentale. La Table locale sur l'accessibilité des services pour la clientèle autochtone en milieu urbain, demandée par le Ministère, a poursuivi ses travaux et un sous-comité en santé et services sociaux a été créé.

Le service de la liaison autochtone a participé à l'enquête du coroner sur la vague de suicides vécue dans la communauté de Uashat Mak Mani-Utenam et d'un cas concernant une résidente de Kawawachikamach. Des travaux sont en cours afin d'assurer le suivi des recommandations du coroner. Nous avons aussi répondu à une demande de la communauté de Kawawachikamach qui a vécu une situation de crise en mars 2017 : deux travailleurs sociaux ont été dépêchés dans la communauté afin de soutenir l'équipe de première ligne.

Différents enjeux sont à prévoir dans les prochains mois, dont la Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics au Québec et le suivi des recommandations du coroner concernant la vague de suicides vécue en 2015.

Finalement, un comité de travail du CISSS et du CLSC Naskapi amorcera ses travaux afin de faire un suivi de l'entente signée entre les deux organisations.

Direction de la protection de la jeunesse

Faits saillants

- Amélioration globale de l'accès aux services en protection de la jeunesse par une réorganisation des services dans la direction pour mieux répondre aux besoins évolutifs des usagers.
- Maintien et renforcement des liens de collaboration et de partenariat avec les communautés autochtones du territoire : comité de coordination avec les coordonnateurs des services en protection de la jeunesse et des services communautaires.
- Déploiement du cadre de référence sur les ressources intermédiaires et ressources de type familial, actualisation d'un projet pilote sur le suivi qualité et amélioration des liens de collaboration avec le comité local de concertation.
- Participation à différents comités de travail provinciaux sur les révisions de cadre de référence.
- Participation à l'élaboration de deux mémoires et présentation en commission parlementaire sur les projets de loi 99 (modifications de la Loi sur la protection de la jeunesse) et 113 (modifications au Code civil et autres dispositions législatives en matière d'adoption et de communication de renseignements).
- Mise en œuvre de la loi apportant des modifications législatives pour renforcer la protection des personnes (loi 59).
- Maintien des liens de collaboration avec les partenaires de l'entente multisectorielle et des partenaires des services offerts aux jeunes contrevenants.
- En 2016-2017, la Côte-Nord a connu une hausse de 1 % des signalements traités pour un total de 3 109 signalements, dont 904 ont été retenus. Les signalements pour négligence et risque sérieux de négligence ont représenté 50,5 % des signalements retenus, suivis par les abus physiques et le risque sérieux d'abus physiques (18,6 %) et les mauvais traitements psychologiques (15 %).

Données statistiques en protection de la jeunesse et des jeunes contrevenants

Tableau 7 - Réception et traitement des signalements

Année	Signalement	Allochtone	Autochtone	Total
2015-2016	Reçu	2 120	931	3 051
	Retenu	668	387	1 055
2016-2017	Reçu	2 083	1 026	3 109
	Retenu	598	306	904

Tableau 8 - Signalements retenus par problématique en 2016-2017 (incluant les autochtones)

Problématique	Nombre	Taux (%)
Négligence et risque de négligence	456	50,5
Abus physiques et risque d'abus physiques	168	18,6
Mauvais traitements psychologiques	136	15,0
Abus sexuels et risque d'abus sexuels	61	6,8
Troubles de comportement sérieux	79	8,7
Abandon	4	0,4

Tableau 9 - Source des signalements traités 2016-2017 (incluant les autochtones)

Source	Nombre	Taux (%)
Parents et beaux-parents	298	9,6
Jeunes-Fratrie	207	6,7
Milieu policier	865	27,8
Employé du centre jeunesse	379	12,2
Employé des centres de la petite enfance	23	0,7
Milieu de la santé	424	13,6
Milieu scolaire	319	10,3
Autres	594	19,1

Tableau 10 - Dossiers à l'application des mesures

	Population 0-17 ans	Dossiers suivis	Taux par 1 000
Allochtones	15 236	395	25,9
Autochtones	2 805	319	113,7

Tableau 11 - Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

	2015-2016	2016-2017
Évaluation-orientation	93	86
Rapport prédécisionnel	11	14
Sanction extrajudiciaire	114	82
Peine - probation avec suivi	42	40

Direction du programme jeunesse

La Direction du programme jeunesse regroupe les services suivants : le centre mère-enfant et la pédiatrie, la périnatalité et petite enfance, les services communautaires pour les enfants, les jeunes et leur famille, les services aux jeunes en difficulté dont la réadaptation interne et externe ainsi que les services de santé mentale 0-18 ans et la pédopsychiatrie.

Faits saillants

- Projet de regroupement des services de réadaptation en jeunesse en vue d'optimiser l'utilisation des ressources en fonction de la variation des taux d'occupation en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation.
- Création d'un comité régional stratégique intersectoriel en jeunesse.
- Mise en place des structures de concertation locales pour l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.
- Mise en place des comités de coordination et des comités cliniques locaux du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire.
- En 2016-2017, les équipes du programme jeunesse, pour le volet jeunes en difficulté ont rencontré 2 311 usagers comparativement à 2 239 un an plus tôt.
- L'accès aux services de pédopsychiatrie demeure un enjeu important puisque le recrutement médical demeure difficile. Pour la Côte-Nord, 227 jeunes sont en attente d'une évaluation.
- En 2016-2017, 778 enfants ont vu le jour sur la Côte-Nord, soit 262 naissances à l'Hôpital Le Royer et 516 à l'Hôpital de Sept-Îles. En 2015-2016, c'est respectivement 305 et 521 bébés qui venaient au monde.
- Cette année, les équipes multidisciplinaires du centre mère-enfant de l'Hôpital Le Royer et du service mère-enfant de l'Hôpital de Sept-Îles ont toutes deux obtenu le Prix reconnaissance du programme de formation AMPRO[OB]. Ce programme est basé sur la sécurité des patientes, le perfectionnement professionnel et l'amélioration de la performance. Il permet aussi de faire face aux risques obstétricaux de façon efficace, sécuritaire et en partenariat avec les différents membres de l'équipe. Pour l'obtention du prix, l'équipe de base a mis en place différentes activités (ateliers de formation, lectures, quiz et exercices d'urgence), tout au long de l'année, afin d'atteindre les objectifs du programme.
- En lien avec la tournée d'Opération Enfant Soleil, l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau a reçu un montant de 8 128 $ pour l'acquisition d'un bilirubinomètre, d'une lampe de photothérapie, d'un saturomètre, d'un sphygmomanomètre et d'un ensemble de brassards pédiatriques. Pour sa part, l'Hôpital de Sept-Îles s'est vu octroyer la somme de 12 690 $ pour l'achat d'une pompe à succion et d'une table de réanimation.

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Faits saillants

Plan de transformation du continuum de services SAPA

Le plan de transformation du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) 2015-2017 a été présenté et prévoit six axes d'intervention desquels découlent une trentaine de mesures :

- Éliminer l'attente d'hébergement en courte durée;
- Intensifier le soutien à domicile de longue durée;
- Réduire le recours à l'hébergement institutionnel;

- Améliorer la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Déployer l'approche adaptée aux personnes âgées;
- Structurer le partenariat intersectoriel régional et territorial.

À la suite de la création d'un comité stratégique régional intersectoriel, impliquant notamment des représentants d'usagers et de leur famille, des organismes communautaires, des municipalités, la Table de concertation des aînés de la Côte-Nord et des médecins, des comités stratégiques territoriaux ont aussi été déployés. L'objectif est de mobiliser le milieu pour améliorer l'intégration des services aux personnes âgées dans la région afin de maintenir les aînés à domicile et d'offrir des services adaptés à leurs besoins, en temps opportun et par le bon intervenant.

Soutien à domicile

En juillet 2016, le MSSS a annoncé un investissement de 732 810 $ pour améliorer le soutien à domicile de longue durée sur la Côte-Nord.

Qualité de vie en CHSLD

Le CISSS met tout en œuvre pour répondre aux besoins des personnes présentant une perte d'autonomie importante et nécessitant des soins et de l'assistance en continu. L'objectif premier demeure d'offrir à la personne hébergée les soins requis en fonction de ses besoins, de sa volonté et de ses préférences, de celles de ses proches, tout en respectant sa dignité, son intégrité et sa sécurité.

Des comités « milieux de vie » et d'organisation du travail sont à pied d'œuvre pour assurer la mise en place des composantes permettant d'assurer un milieu de vie de grande qualité, ciblant l'activité repas, l'offre de soins d'hygiène adaptés aux besoins des résidents, les heures de lever et coucher, l'animation du milieu, et ce, en considérant l'histoire de vie des personnes hébergées.

Une formation pour mieux outiller les intervenants afin de leur permettre de répondre adéquatement aux personnes présentant des problèmes comportementaux a été offerte à plus de 300 membres de personnel des CHSLD, ressources intermédiaires (RI), ressources de type familial (RTF) et résidences privées pour aînés (RPA).

Un « code de conduite » élaboré paritairement par l'équipe de Port-Cartier a inspiré l'ensemble de la région et vient en appui à l'orientation visant la « tolérance zéro » face à des situations de maltraitance ou de négligence.

Pour soutenir cette offre de service accrue, un montant 1,55 M$ a été octroyé par le MSSS en mars 2017 afin d'embaucher du personnel, soit 32 personnes de plus dans les CHSLD de la région de la Côte-Nord. Ces personnes occuperont des postes de préposés aux bénéficiaires, d'infirmières auxiliaires ou d'infirmières.

Tableau 12 - Admissions en hébergement de longue durée

2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
172	133	176	140	136	111

Tableau 13 - Personnes hébergées au 31 mars 2017

Type de ressource	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CHSLD	406	405	413	394	401	386
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	211	200	198	210	215	217
Formule novatrice d'hébergement	6	6	6	6	6	6
TOTAL	**623**	**611**	**617**	**610**	**622**	**609**

Tableau 14 - Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2017

Type de ressource	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CHSLD	44	46	50	74	30	12
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	45	42	80	84	67	32
TOTAL	**89**	**88**	**130**	**158**	**97**	**44**

Tableau 15 - Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2017

2012	2013	2014	2015	2016	2017
25	23	32	31	13	5

Services de soutien à domicile

Un total de 28 lits de courte durée historiquement occupés par des personnes en attente d'hébergement ou de soins alternatifs a été fermé dans la région grâce notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et cliniques et à l'augmentation, la diversification et l'intensification du soutien à domicile. Le repérage systématique des personnes âgées en perte d'autonomie est effectué à partir des urgences hospitalières et une prise en charge rapide s'effectue.

Des travaux se poursuivent afin de diriger les personnes présentant des besoins moins complexes et nécessitant une intensité de services moins élevée vers les entreprises d'économie sociale tandis que l'offre de service du CISSS a été bonifiée pour la clientèle nécessitant un niveau de soins de longue durée.

Maltraitance envers les aînés

Le CISSS a poursuivi l'implantation des mesures prévues dans le plan régional en matière de maltraitance envers les aînés, notamment par les actions suivantes :

- Adoption du plan d'action pour contrer la maltraitance chez les personnes âgées;
- Adhésion à l'Alliance régionale en faveur de l'amélioration des conditions de vie des aînés de la Côte-Nord;
- Création d'un réseau d'intervenants pivot disponibles sur tout le territoire nord-côtier pour faire du référencement en matière de maltraitance;
- Formation sur la maltraitance envers les aînés aux intervenants pivot et à divers intervenants.

Autres projets locaux

Plusieurs projets ont été réalisés localement pour améliorer les services aux personnes âgées dans les territoires :

- Au printemps 2016, une consultation a été menée à Port-Cartier portant sur les attentes du milieu à l'égard des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées. Cette consultation a été déployée à la suite d'une demande du milieu socio-économique de Port-Cartier en lien avec la mise en œuvre d'un projet de résidence privée pour aînés.
- Un comité de pilotage a été formé pour évaluer la possibilité de transformer les lits de longue durée du CHSLD de Havre-Saint-Pierre (Foyer) pour mieux répondre aux besoins de la clientèle hébergée en offrant une diversité de ressources résidentielles. Une consultation pour recueillir les besoins de la population du territoire de la Minganie en matière d'hébergement sera effectuée à l'été 2017.
- Le CISSS et le MSSS ont confirmé un soutien financier non récurrent au projet résidentiel présenté par la communauté de Gros-Mécatina « La Maison Mécatina », ce qui a permis de confirmer la réalisation du projet qui sera livré à l'automne 2017.
- Le CISSS a convenu d'une entente de partenariat avec l'Office municipal d'habitation, « Villa Forestville » et la Coopérative de solidarité d'aide à domicile de la Haute-Côte-Nord afin de permettre le maintien de neuf personnes en perte d'autonomie dans leur milieu résidentiel et éviter leur déplacement vers des ressources d'hébergement.

Soins spirituels

Du 30 janvier au 3 février ont eu lieu des séances de consultation sur les soins spirituels et les services de pastorale en Haute-Côte-Nord, à Baie-Comeau, à Port-Cartier, à Sept-Îles et à Havre-Saint-Pierre. Cette consultation a été organisée par la Direction du

programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées qui est responsable des soins spirituels et du bénévolat. Elle a permis de cerner les besoins et les préoccupations d'une centaine de participants (résidents, familles, intervenants des comités de milieux de vie, bénévoles et comités des résidents). Une rencontre a également été tenue avec une quinzaine de membres du clergé de partout sur la Côte-Nord.

Un sondage Web populationnel a été rempli par plus de 160 personnes et le même sondage en version papier, imprimé par certaines paroisses, a permis de joindre plus de 300 personnes. En raison de la présence de plusieurs religions dans les communautés de la Basse-Côte-Nord, l'envoi du sondage par la poste à chaque domicile de la population a été privilégié plutôt que la tenue de rencontres. Une vingtaine de personnes ont répondu et transmis le sondage complété.

En lien avec le sujet, huit entrevues ont été accordées aux médias, tant régionaux que provinciaux. Cette initiative a été très appréciée des acteurs concernés, qui savent maintenant à qui s'adresser en matière de soins spirituels dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les principaux besoins ressortis des consultations sont le maintien des activités de pastorale et l'offre d'un accompagnement spirituel au quotidien et en fin de vie. Les préoccupations des participants visaient particulièrement la formation des accompagnateurs spirituels et le recrutement de bénévoles pour assurer les services de pastorale. Une offre de service sera conclue entre le CISSS et l'évêque de la Côte-Nord afin que certaines modalités de l'offre de service des paroisses soient harmonisées, tout en respectant les particularités de chaque milieu. Un plan d'action sera aussi développé.

Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux

La Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux déploie son offre de service selon quatre plans d'action : le plan d'action en santé mentale 2015-2020, l'offre de service en dépendance 2007-2012 (prolongée jusqu'en 2017), l'offre de service des services sociaux généraux - activités cliniques et d'aide et le plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020.

Faits saillants

Un montant de 478 880 $ a été alloué par le MSSS pour la création de 16 nouvelles places en santé mentale à l'extérieur de l'hôpital, soit quatre places d'hébergement de longue durée, quatre places de transition, quatre places de soutien en logement social et quatre places pour la gestion de crise et l'observation.

Un programme pour le service de traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (TLU d'opioïdes) a été élaboré. De plus, dans le but d'améliorer la qualité des services auprès des usagers présentant un problème mental, en plus d'être aux prises avec un trouble lié à l'usage d'une substance ou un trouble relié à la pratique des jeux de hasard et d'argent, un cadre de référence en matière de trouble concomitant a été rédigé. Aussi, plusieurs formations ont été offertes afin d'assurer le transfert de connaissances auprès des intervenants en dépendance et en santé mentale et d'offrir des services-conseils aux partenaires.

Plusieurs travaux ont été menés l'an dernier, notamment ceux pour la délocalisation des travailleurs sociaux en groupe de médecine de famille (GMF), le début de la révision des trajectoires de crises, la révision du protocole d'intervention, médico-légale ou médico-sociale auprès d'une personne victime d'agression sexuelle ainsi que des travaux autour des orientations et ceux entourant les changements apportés à la Loi P-38.

Un comité stratégique en santé mentale, dépendance et itinérance a été mis sur pied. Le mandat du comité est de favoriser la concertation régionale entre les divers organismes, partenaires internes et externes œuvrant auprès de cette clientèle afin d'optimiser l'accès, la continuité et la coordination des services. Deux priorités régionales ont été identifiées en 2017, soit de former un comité régional en itinérance ainsi qu'un comité sur la lutte contre la stigmatisation.

À souligner...

⇒ Élaboration d'un plan d'action régional en prévention du suicide.
⇒ Mise en place d'un programme conjoint de traitement de la toxicomanie avec la Cour du Québec et le ministère de la Justice.
⇒ Accompagnement des équipes par le Centre national d'expertise en santé mentale.

Direction des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique

Faits saillants

Accès aux services

Deux projets d'optimisation sont en cours de réalisation, soit dans le secteur de Sept-Îles et en Haute-Côte-Nord. Ces deux projets ont pour objectifs de diminuer la liste d'attente dans les services de physiothérapie de première ligne. La conclusion est prévue pour le mois de juin.

Des travaux sur les critères de priorité pour les services généraux et spécifiques en ergothérapie et en physiothérapie de première ligne sont aussi en cours. La conclusion des travaux est prévue pour le mois de juin. Une période d'expérimentation suivra ensuite afin de tester les nouveaux outils.

L'élaboration du plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité en déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP), qui doit être déposé au MSSS le 31 mai 2017, est en cours. Il vise, entre autres, à instaurer un guichet d'accès unique pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique.

Continuum de services

Au début 2016, des travaux portant sur le continuum de services intégrés en DI-TSA et DP ont été lancés. Des usagers, des organismes communautaires, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), des municipalités et des représentants de diverses directions du CISSS devaient convenir d'un modèle régional de continuum de services intégrés en vue d'une meilleure intégration intersectorielle des services. Le comité s'est réuni à quatre reprises. Les participants ont convenu du continuum intégré de services, de la trajectoire de services et de priorités d'action. Ils ont aussi convenu de consulter les différents acteurs en DI-TSA et DP afin d'avoir leur avis sur les travaux qui ont été réalisés en comité. Un total de 184 personnes ont participé à cette consultation, qui a eu lieu de janvier à mars 2017.

Aides techniques

Un comité de pilotage interne a été créé afin de réviser, optimiser et intégrer les programmes d'aides techniques dans le but d'avoir un fonctionnement harmonisé et régionalisé pour que les usagers puissent bénéficier d'une aide technique lorsqu'ils en ont besoin. À la suite de la réalisation d'un portrait de la situation, différentes actions ont été prévues dans un plan d'action.

Les étapes suivantes sont réalisées :

- Procéder à l'analyse des possibilités d'entreposage (entrepôt unique ou entrepôts multiples) et d'aménagement;
- Analyser et évaluer les coûts liés aux déplacements des aides techniques sur le territoire;
- Évaluer les coûts liés au système de gestion de données et faire un choix de système.

Les étapes suivantes sont en cours ou à venir :

- Déterminer les ressources humaines requises pour la gestion de données, la distribution, l'entretien, la désinfection et l'entreposage des équipements;
- Procéder à l'inventaire des aides techniques;
- Rendre accessible l'information sur l'inventaire disponible;
- Réviser et uniformiser les procédures de gestion des aides techniques.

Plan d'action à l'égard des personnes handicapées

Un diagnostic organisationnel a été réalisé comme étape préalable à la rédaction du plan d'action à l'égard des personnes handicapées. Celui-ci a permis d'identifier les éléments facilitant l'accès aux personnes présentant des limitations ainsi que certaines lacunes. Ce diagnostic a aussi permis d'identifier certains constats qui seront pris en compte pour la rédaction du plan d'action. Le dépôt de ce plan est prévu pour le mois de juin 2017.

Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

Les informations concernant la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) se retrouvent à la section 7 à la page 55.

Direction des ressources financières et de la logistique

C'est en septembre 2016 que la Direction des ressources financières intègre les services des approvisionnements et de la logistique dans ses activités, d'où la nouvelle appellation de la Direction des ressources financières et de la logistique (DRFL). Également, elle a pris en charge l'aspect coordination des déplacements dans le dossier du transport des usagers.

La DRFL a profité de cette réorganisation pour effectuer des changements à sa structure d'encadrement, considérant les opportunités quant aux postes vacants de professionnels et des intérêts signifiés par l'équipe d'encadrement pour optimiser sa gouverne et réduire ses dépenses tout en bonifiant le soutien au personnel sur le terrain. Après une année d'existence, cette réorganisation était devenue nécessaire afin d'améliorer la fluidité des processus clientèles et l'intégration des services.

Le CISSS a terminé son année financière avec un déficit de 7 919 563 $ (réparti entre le fonds d'exploitation pour 7 878 734 $ et le fonds d'immobilisations pour 40 829 $) sur des revenus totaux de 361 599 030 $. En février 2017, l'établissement déposait au MSSS un plan de retour à l'équilibre budgétaire regroupant une dizaine de projets de transformation et d'optimisation.

Les autres informations provenant de la DRFL se trouvent à la section 8 à la page 57.

Faits saillants

Paie et ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)

Le Service de la paie et des RI-RTF a entrepris au cours de l'exercice différentes démarches d'uniformisation des processus de son service. La date de versement des dépôts bancaires des paies a été uniformisée dans l'ensemble des installations en mai 2016. Des rencontres de cartographie du processus de la paie ont débuté à l'automne pour les différents secteurs, pour se conclure en avril avec la mise en place d'un processus unifié. L'imputation comptable provenant des huit systèmes de paie a également été analysée afin d'uniformiser le tout. Le déploiement de l'outil de traitement électronique des frais de déplacement est en voie d'être complété dans l'ensemble des installations où cela est possible.

Du côté des RI-RTF, le paiement de la rétribution a été centralisé, ce qui a permis une uniformisation du traitement et de l'imputation comptable. Des discussions avec les équipes cliniques ont également été entreprises afin de normaliser les outils utilisés antérieurement par les différentes installations.

Comptabilité

La nouvelle DRFL a mené une réorganisation majeure du Service de la comptabilité. Ce changement a fait en sorte de centraliser la prise de décision pour la tenue de livres pour l'ensemble des fonds afin d'assurer une cohérence pour l'ensemble de la comptabilité, incluant le lien avec les autres services de la direction. En effet, ce service se compose de trois secteurs distincts, soit la comptabilité générale, les comptes à recevoir et les comptes à payer. En conséquence, le fonctionnement de ces secteurs a été revu afin de spécialiser les employés dans les secteurs d'activité dans le but d'améliorer le service à la clientèle.

De plus, des travaux ont été effectués afin de regrouper les paiements aux fournisseurs au même endroit à compter du 1er avril 2017.

Approvisionnements

Nouveau fonctionnement du processus d'achat

Depuis la mise en place d'une équipe spécialisée en approvisionnements, plusieurs gains ont été réalisés. Notons d'abord que le taux de participation du CISSS de la Côte-Nord à l'achat regroupé se situe actuellement à 92,3 % comparativement à la moyenne des CISSS/CIUSSS qui est de 89 % en dépenses récurrentes. Pour le maintien d'actifs, le CISSS de la Côte-Nord participe aux achats de groupe avec un taux de 66,7 % contre 55,6 % pour les CISSS/CIUSSS. L'économie engendrée par cette participation se chiffre à 1 054 935 $ pour l'année 2016-2017.

Système à double casier (KANBAN)

En 2016-2017, l'implantation de systèmes à double casier s'est poursuivie dans les différents secteurs. Les secteurs de soins critiques ont été complétés à 100 %. Celui à Blanc-Sablon a été réalisé dans quatre départements : médecine de jour, urgence, longue durée et courte durée. À Sept-Îles, le système a été complété à 100 %. L'implantation va se poursuivre en 2017, notamment pour les secteurs hébergement, inhalothérapie, pharmacie, clinique externe et au CLSC de Manicouagan. Plus de 645 casiers et 13 909 produits ont été implantés dans la région depuis le début du projet, pour une valeur de 1 391 551 $.

Échange de données informatisées (EDI)

L'adhésion à l'EDI s'est poursuivie tout au long de la dernière année. Une augmentation significative de transactions a été constatée. Ce qui permet, entre autres, une diminution des erreurs, une gestion de temps plus efficiente et efficace (valeur ajoutée), une meilleure visibilité transactionnelle, une réduction des coûts (temps, effort, litige) et un maintien à jour de la base de données.

Logistique

L'ajout d'une professionnelle en logistique a permis de préparer plusieurs projets dont celui des aides techniques, d'une centrale de coordination et d'agir en soutien à plusieurs services. Ce secteur d'activité est en développement. Beaucoup de projets seront mis en place dans la prochaine année pour libérer des opérations logistiques le personnel clinique.

Transport des usagers

L'organisation d'un service régional a permis d'uniformiser et d'optimiser certaines pratiques par la mise en commun des volumes et des ententes les plus économiques. La réorganisation, selon les meilleures pratiques, a également contribué à améliorer la coordination des services d'évacuation médicale aérienne pour certaines installations notamment à Port-Menier sur L'Île-d'Anticosti, à Fermont et à Schefferville. Le CISSS a entamé une révision complète de l'ensemble de ses politiques de transport des usagers. Ce projet vise à offrir une meilleure réponse aux besoins des usagers. Déjà, les allocations de déplacement pour les personnes handicapées bénéficiant du Programme de transport et hébergement ont été bonifiées.

Rappelons que le déplacement des usagers inclut les déplacements entre les établissements, ceux pour les usagers de 65 ans et plus, les évacuations aériennes médicales (ÉVAQ), les transports électifs ainsi que les déplacements des bénéficiaires autochtones. Le volume et les coûts de déplacement sont présentés à la page suivante. La Politique de subvention pour le déplacement des usagers (transport électif) permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport à laquelle s'ajoute un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations.

Tableau 16 - Déplacement des usagers

Déplacement des usagers	2015-2016		2016-2017	
	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)
Déplacement des usagers entre établissements	4 368	3 459 205	4 894	3 412 143
Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus	3 496	509 723	3 737	522 172
Déplacement des usagers par EVAQ	1 216	1 224 731	1 141	1 194 124
Déplacement des cas électifs	36 079	7 395 076	38 113	7 843 334
Déplacement des bénéficiaires autochtones	156	70 922	217	98 270
TOTAL	**45 315**	**12 659 657**	**48 102**	**13 070 043**

Direction des services techniques et de l'hôtellerie

Faits saillants

Au cours de l'année, le Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) a été adopté. L'évaluation de la désuétude des bâtiments a également été poursuivie. Au 31 mars 2017, 60 % des inspections ont été réalisées. De cette évaluation, le CISSS de la Côte-Nord a obtenu des cotes de A à D. Les cotes D ont été accordées au CHSLD N.-A.-Labrie à Baie-Comeau et aux résidences pour personnes âgées en Basse-Côte-Nord. Dans ces deux cas, les cotes D ont été accordées en raison de l'importance des travaux à effectuer sur le plan financier par rapport à la valeur des bâtiments.

Une intervention d'urgence a dû être réalisée au printemps 2017 aux installations de Sept-Îles qui ont été confrontées à un avis d'eau non potable. Parmi les impacts majeurs, on note le transfert des usagers et du personnel en hémodialyse à Québec, la suspension temporaire des activités du bloc opératoire et une grande réorganisation du travail.

En début d'année 2016, la direction a procédé à l'harmonisation des tarifs dans les cafétérias de ses installations. En septembre 2016, le volet hôtellerie a été ajouté à la Direction des services techniques qui porte désormais l'appellation Direction des services techniques et de l'hôtellerie. Dans le cadre des projets d'optimisation et de transformation annoncés en janvier 2017 pour atteindre l'équilibre budgétaire, la firme WSP évaluera la faisabilité de regrouper la production des services alimentaires du CISSS de la Côte-Nord en une seule installation pour le territoire de Manicouagan. De plus, la direction s'est engagée à réviser l'offre de services alimentaires en CHSLD, et ce, pour le 31 mars 2018.

À souligner...

⇒ Poursuite des travaux d'implantation des lignes directrices en hygiène et salubrité.

⇒ Inspection technique de 95 % du parc immobilier et élaboration du plan directeur de maintien des actifs pour l'ensemble des installations.

⇒ Autorisation de l'agrandissement du bâtiment et réaménagement de l'urgence à Sept-Îles au coût de 44,8 M$. Les travaux devraient débuter au printemps 2019 et se terminer en 2021.

⇒ Adoption d'une grille tarifaire pour le stationnement aux hôpitaux de Sept-Îles et de Baie-Comeau et révision de la politique en cours.

⇒ Création du bureau régional de projets d'immobilisations.

⇒ Formation de comités territoriaux pour les mesures d'urgence et la sécurité civile.

⇒ Réalisation d'un calendrier d'exercice 2017-2018 dans le cadre du plan de mesures d'urgence en fonction des clientèles à risque, des codes et des installations.

⇒ Implantation du modèle de « management Lean » (formation des gestionnaires, ateliers, tableaux de communication des processus, etc.).

⇒ Évaluation du projet de regroupement des deux CHSLD à Baie-Comeau.

Direction des ressources informationnelles

Faits saillants

- Déploiement du dossier médical électronique (DMÉ) dans l'ensemble des GMF publics. Plusieurs DMÉ des cliniques médicales sont maintenant alimentés en résultats de laboratoire.
- Analyse et dépôt du projet d'implantation de Cristal Net pour deux installations du CISSS pour l'accès aux dossiers cliniques informatisés (DCI). La région a procédé au rehaussement de l'ensemble des index patients en vue de ce projet.
- Implantation de la télépharmacie à Fermont et en Minganie pour pallier la pénurie de pharmaciens dans la région et ainsi assurer la continuité des services.
- Poursuite du déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ). Après les pharmacies, les GMF, les cliniques médicales, les installations du CISSS, incluant les laboratoires, l'imagerie médicale est maintenant accessible dans le DSQ.
- Poursuite de l'implantation d'une nouvelle infrastructure de téléphonie régionale permettant le remplacement des équipements désuets et permettant la collaboration et la fluidité des communications entre les installations.
- Réalisation d'un projet d'harmonisation des réservations par le biais du logiciel IRIS qui permet, entre autres, d'harmoniser les façons de faire et de faciliter les réservations des visioconférences, des salles de réunion et des équipements dans l'ensemble des installations du CISSS. Ce module rendra les directions autonomes dans la gestion de leurs réservations.
- Installation d'une solution informatique ainsi que d'un guichet unique centralisé supportant l'accès prioritaire aux services spécialisés (APSS).
- Adoption d'un cadre de gestion visant à mettre en œuvre une gouvernance forte et intégrée de la sécurité de l'information. Pour l'année 2016-2017, le CISSS de la Côte-Nord n'a subi aucun incident majeur. L'établissement collabore au provincial à l'élaboration d'un programme de formation et de sensibilisation à la sécurité de l'information destiné aux utilisateurs.

Services préhospitaliers d'urgence

Le CISSS est responsable de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence (SPU) pour la région Côte-Nord. Ce mandat implique, notamment, l'attribution de permis et la signature de contrats de services avec les entreprises ambulancières, la coordination de la formation continue et le maintien des compétences des techniciens ambulanciers-paramédics (TAP) et des premiers répondants (PR). Le CISSS doit également s'assurer de la qualité des services et maintenir des relations soutenues avec le Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ).

Nouveau réseau de communication

Afin d'améliorer les communications au niveau des services préhospitaliers d'urgence, le MSSS et le Centre de services partagés du Québec (CSPQ), en collaboration avec le CISSS et le CAUREQ, ont procédé au lancement du projet RENIR (Réseau national intégré de radiocommunication), sur le territoire de la Côte-Nord. En plus des casernes et des véhicules ambulanciers, les urgences des centres hospitaliers receveurs seront dotées de nouveaux équipements de communication. La majorité des zones sont couvertes par le RENIR à l'exception de celles de Fermont, de Schefferville et de la Basse-Côte-Nord. Ces travaux se sont échelonnés tout au long de l'année et le nouveau réseau est en service depuis avril 2017.

Tableau 17 - Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord

Entreprise ambulancière	2015-2016	2016-2017
Ambulance Sacré-Cœur inc. (Zone 900 - Sacré-Cœur)	221	234
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 901 - Les Escoumins)	471	525
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 902 - Forestville)	621	631
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 903 - Baie-Comeau)	3 055	3 074
Ambulance Manic inc. (Zone 904 - Manic-5)	10	25
Ambulance Baie-Trinité inc. (Zone 905 - Baie-Trinité)	139	101
Ambulances Porlier inc. (Zone 906 - Port-Cartier)	731	761
Ambulances Porlier inc. (Zone 907 - Sept-Îles)	3 088	3 207
Ambulances Porlier inc. (Zone 909 - Minganie)	669	843
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la BCN (Zone 912 - Blanc-Sablon)	237	241
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	215	225
Services ambulanciers Porlier Ltée (Zone 915 - Schefferville)	158	174
TOTAL	**9 615**	**10 041**

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Tableau 18 - Entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017 -
Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

Légende

R = Attente réalisée à 100 %
NR = Attente non réalisée à 100 %
N/A = Non applicable

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE			
1.1	BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	R
1.2	COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R
SECTION II : SERVICES SOCIAUX			
2.1	LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANTER LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRANCE	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	N/A
	Commentaires	Livrable reporté dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018.	
2.2	PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE (PIN)	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.	R
2.3	CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO-SOCIAL)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'offre de services sociaux généraux.	R
2.4	ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils Iso-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R
2.5	PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ (PTAAC)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R
2.6	APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER (RQSUCH)	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État
2.7	PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	R
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE			
3.1	SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'état de situation.	R
	Commentaires	Le plan de travail et le premier état de situation ont été produits. Les autres états de situation ont été annulés par le MSSS.	
3.2	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVI DES RÉALISATIONS	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	R
3.3	PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	R
	Commentaires	Le plan d'action a été produit. L'autoévaluation a été reportée dans l'EGI 2017-2018.	
3.4	DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle groupes de médecine de famille (GMF) (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	R
3.5	ADDENDA – MISE EN ŒUVRE DU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certaines actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	N/A
3.6	POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	N/A
	Commentaires	Le livrable a été annulé par le MSSS.	
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET			
4.1	LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de son parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R
	Commentaires	Plus de 90 % de l'inspection des bâtiments a été effectuée.	
4.2	STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R
	Commentaires	Une politique sur l'eau potable sera produite en 2017 pour assurer une certaine cohérence entre les installations.	
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE			
5.1	ADDENDA – COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure.	Sans objet

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État
5.2	MANDAT MINISTÉRIEL DE LEADERSHIP RÉGIONAL EN SÉCURITÉ CIVILE	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	N/A
5.3	SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le Plan national de sécurité civile, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	NR
	Raison(s) de la non-réalisation complète	Besoin de réunir le comité de planification et d'intervention (COPIN) dont la composition sera modifiée en raison des modifications à la mission Santé pour faire approuver le Plan régional de sécurité civile (PRSC) et le transmettre par la suite. Programme de formation du MSSS à compléter par les acteurs en sécurité civile (échéance le 30 juin). Attente de la mise à jour de la session d'information du MSSS par ce dernier.	
	Pourcentage de réalisation	70 %	
	Date prévue de réalisation à 100 %	30 septembre 2017	
	Le cas échéant, mesure(s) entreprise(s) par l'établissement pour assurer la réalisation à 100 %	Approbation finale du COPIN régional par le comité de direction (CODIR) (tenant compte des changements aux volets de la mission Santé). Approbation du PRSC à la première rencontre du nouveau COPIN (juin 2017) et présentation du PRSC aux comités locaux par la suite. Compléter le programme de formation du MSSS par les acteurs en sécurité civile dans le cadre du processus de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) (échéance 30 juin 2017). Organiser avec le MSSS la tenue d'une session de formation aux acteurs en sécurité civile (attente du MSSS pour disponibilité de la nouvelle formation après la saison estivale).	
	Commentaires		
5.4	GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE (GRSC) - SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	NR
	Raison(s) de la non-réalisation complète	Lancement du processus amorcé en mai 2017, en attendant la révision de la mission Santé par le MSSS et ainsi de la composition du COPIN régional qui supervisera le processus de GRSC.	
	Pourcentage de réalisation	80 %	
	Date prévue de réalisation à 100 %	30 juin 2017	
	Le cas échéant, mesure(s) entreprise(s) par l'établissement pour assurer la réalisation à 100 %	Compléter le programme de formation du MSSS par les acteurs en sécurité civile (échéance 30 juin 2017).	
	Commentaires		
5.5	CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DES DEMANDEURS D'ASILE	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivi auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	N/A
SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ			
6.1	PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS (GVSS)	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R

No	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État
6.2	DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	NR
	Raison(s) de la non-réalisation complète	La personne qui était en charge du leadership de ce dossier est absente pour des raisons de maladie. La personne qui devait prendre le relais a dû assumer un cumul de fonction, ce qui a ralenti l'avancement des travaux.	
	Pourcentage de réalisation	90 %	
	Date prévue de réalisation à 100 %	19 juin 2017	
	Le cas échéant, mesure(s) entreprise(s) par l'établissement pour assurer la réalisation à 100 %		
	Commentaires	Le plan doit être déposé au comité de direction du 6 juin et au conseil d'administration du 14 juin 2017. Il se peut que des modifications soient apportées à la suite du dépôt du plan à ces deux instances.	
SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION			
7.1	ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	▪ Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); ▪ Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; ▪ Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; ▪ Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; ▪ Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).	R

Tableau 19 - Portrait sommaire de la performance du CISSS de la Côte-Nord - Atteinte des engagements annuels 2016-2017

Légende

- Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat 2016-2017 (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé publique				
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et en prévention de la santé selon l'approche École en santé (AÉS)	84	83,3	N/A	La cible de 84 % a pratiquement été atteinte pour l'année 2016-2017, avec une statistique de 83,3 % des écoles de notre territoire déployant l'approche École en santé (AÉS). De nombreux moyens ont été mis en place au cours de l'année. Tout d'abord, un effort particulier a été mis sur la saisie informatique; une rencontre avec les intervenants a porté uniquement sur ce sujet, dès le début de l'année scolaire. Par ailleurs, des rencontres mensuelles intersectorielles portant sur l'AÉS ont été instaurées avec le milieu de la santé, de l'éducation et du communautaire. Ces rencontres permettent, entre autres, de développer les connaissances en lien avec les pratiques efficaces de prévention, mais plus encore de développer la concertation entre les partenaires. Les instances locales de concertation du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)-MSSS ont également démarré leurs travaux, ce qui a une incidence directe sur l'implantation de l'AÉS dans les différents secteurs. Pour les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS), plusieurs actions ont été réalisées : rencontres mensuelles avec les infirmières scolaires sur les cliniques jeunesse, formation de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ainsi que le droit de prescrire pour les infirmières cliniciennes.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90	91	N/A	Vaccination : La situation des retards dans la prise de rendez-vous prive les enfants d'une protection efficace à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Il est donc essentiel que le rendez-vous soit donné dans les deux semaines qui suivent l'âge prévu au calendrier vaccinal. Afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, des indicateurs de gestion ont été développés et sont suivis depuis quelques années. Rappelons qu'il s'agit d'un résultat de performance de services rendus dans les délais prescrits dans une installation et non d'un résultat de couverture vaccinale. Ces deux mesures ne peuvent être comparées. Bien que les indicateurs aient été temporairement retirés en 2015-2016, les données de vaccination saisies dans le SI-PMI ont tout de même été extraites (90,8 % pour l'indicateur 1.01.27-EG2 et 77,0 % pour l'indicateur 1.01.28-EG2). Analyse des résultats : En 2016-2017, une seule cible concernant la vaccination a été atteinte pour le CISSS de la Côte-Nord. Sept installations sur 10 ont atteint ou dépassé l'objectif de 90 % (taux variant de 90 % à 93,8 %) pour la vaccination DCaT-HB-VPI-Hib administrée à l'âge de 2 mois. Concernant la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C (vaccin administré à l'âge de 12 mois), deux installations ont atteint l'objectif visé de 90 % alors que trois ont atteint un taux au-dessus de 80 %. Pour les autres, on observe des taux bien en deçà du seuil prévu (variant de 51,4 % à 79,4 %). Les résultats inférieurs à ceux attendus peuvent s'expliquer par le fait que le calendrier vaccinal prévoit l'administration
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	90	74,2	N/A	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat 2016-2017 (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
(suite)				simultanée de plus d'une injection lors des visites prévues faisant en sorte que certains parents refusent la vaccination ou préfèrent reporter une injection. Parfois, certains rendez-vous doivent être retardés à la demande des parents ou encore sont oubliés par ces derniers. Des difficultés sont également observées concernant la vaccination dans les petites municipalités où le service n'est pas offert toutes les semaines ou lorsque les parents doivent parcourir plus de 50 km de route pour faire vacciner leur enfant. De plus, le respect des calendriers de vaccination peut parfois être plus complexe dans certaines installations, incluant les CLSC desservant une petite population, alors qu'une seule infirmière est disponible pour accomplir plusieurs tâches (ex. : périnatalité, santé scolaire, soins à domicile, soins courants) rendant le service vulnérable lors d'absences. Le retard dans la vaccination d'un seul enfant dans ces localités entraîne une grande variation des taux. Le Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 prévoit des activités afin que 95 % des enfants de 0-6 ans reçoivent toutes les doses prévues dans les délais prescrits. La consolidation ou le déploiement de ces activités seront réalisés au cours de la prochaine année à partir des priorités qui auront été retenues.
Plan stratégique 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	516	536	580	Plusieurs actions ont été entreprises en 2016-2017 afin d'atteindre l'engagement convenu. Dans les deux cliniques de services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) de Baie-Comeau et Sept-Îles, les dépistages sont faits par des infirmières à temps complet en collaboration avec des médecins. Des activités de dépistage hors les murs ont été mises en œuvre afin de mieux rejoindre les clientèles vulnérables. Des infirmières en santé scolaire ont été formées afin d'offrir un dépistage des ITSS aux jeunes et améliorer l'accès au service. Le déploiement de la prescription infirmière relative au traitement de la chlamydiose et de la gonorrhée a pu également contribuer, par l'intérêt et la formation exigée pour ce faire, à augmenter le nombre d'activités de dépistage auprès des jeunes. De plus, en cours d'année, des interventions ont aussi été réalisées afin d'assurer une saisie des données conforme au cadre normatif. L'évolution des résultats obtenus démontre que ces actions ont été efficaces. Il est important de préciser que des services de dépistage des ITSS sont principalement offerts par des médecins dans les plus petites installations de la région de sorte que ces données ne sont pas inscrites dans I-CLSC.
Santé publique - Infections nosocomiales				
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au *Clostridium difficile*	100	100	95	Deux installations du CISSS sont visées par cette surveillance obligatoire. L'Hôpital Le Royer (Baie-Comeau) a obtenu un taux d'incidence annuel de 2,81 par 10 000 jours-présence (taux établi de 5,0). L'Hôpital de Sept-Îles a obtenu un taux d'incidence annuel de 4,78 par 10 000 jours-présence, lui permettant de demeurer sous le taux établi de 5,7, et ce, malgré la survenue de deux éclosions au cours de l'année.
Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline	100	100	95	Deux installations du CISSS sont visées par cette surveillance obligatoire. Aucune bactériémie à SARM n'a été déclarée par les deux installations visées en 2016-2017.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat 2016-2017 (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Plan stratégique 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	100	100	95	Seul le centre hospitalier de Sept-Îles est visé par cette surveillance obligatoire. Aucune bactériémie associée aux accès veineux en hémodialyse n'a été déclarée en 2016-2017.
Services généraux				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	90	93,3	N/A	L'engagement est atteint.
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	66,7	25	N/A	Les travaux n'ont pas assez avancé pour permettre de répondre aux pourcentages d'engagement.
Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	0	0	N/A	Les travaux n'ont pas été amorcés. Des rencontres ont eu lieu dans les derniers mois pour faire un nouveau plan d'action régional, de nouvelles personnes ont été nommées pour effectuer le suivi et l'implantation afin de pouvoir répondre aux ententes de gestion en 2017-2018. Des objectifs clairs sont inclus au plan d'action ainsi que des stratégies. L'appropriation du dossier est en cours. Depuis la création du CISSS, avant tout récemment, les porteurs de dossiers ainsi que les rôles de chacun n'étaient pas clairement identifiés en raison des changements de fonction. Maintenant que les principaux acteurs sont identifiés, le dossier est actif et suit son cours. *N.B. Certaines modifications ont dû être apportées dans les grilles de complétion de l'an dernier ce qui a pu modifier certains résultats. Cibles maintenant établies en partenariat entre les directions.* Aucune évolution n'a pu être apportée en raison des éléments cités plus haut. Les indicateurs n'étaient pas uniformes et suivis de la même façon d'une installation à l'autre. Le CISSS est à revoir les indicateurs à cibler et suivre pour permettre l'atteinte de l'entente de gestion.
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	33,3	63,17	100	Engagement atteint pour 2016-2017.
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	85	72,9	N/A	Pour le pourcentage de profil ISO-SMAF de 10 à 14 à l'admission en CHSLD, nous notons une amélioration importante si l'on considère qu'en 2015-2016, près de 40 % des personnes hébergées dans nos CHSLD avaient un profil inférieur à 10 lors de leur admission. La durée moyenne de séjour en hébergement est ainsi plus longue et le taux de roulement plus bas. Au cours de la dernière année, une orientation a été donnée à l'effet de ne plus admettre de personnes dont le profil est inférieur à 11, misant sur le maintien optimal et l'ajout de services à domicile ou dans les autres milieux résidentiels.
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	218 653	214 459	N/A	Une partie de l'information dans I-CLSC est manquante. Une révision des façons de faire est en cours afin d'assurer la captation des données et augmenter la rigueur des données.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat 2016-2017 (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Soutien à domicile de longue durée				
Plan stratégique 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	1 822	1 942	2 732	En ce qui concerne le nombre d'usagers, la cible est dépassée. Nous avons donc réussi à rétablir le volume de clientèle qui était à la baisse en 2015-2016, à la suite de transferts d'un bon nombre de clients de profils 1-2-3 vers les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD). Le repérage systématique mis en place contribue certainement à ces résultats.
Plan stratégique 1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90	51,9	90	Engagement non atteint pour l'évaluation et l'élaboration de plans d'intervention, il y a eu passablement de mobilité de ressources ayant entraîné des bris de continuité pouvant expliquer une partie de la non-atteinte de la cible fixée. Nous constatons également qu'une partie des intervenants ne colligent pas l'information dans I-CLSC. Une révision des façons de faire est en cours pour tous les programmes clientèle afin d'assurer la captation des données et augmenter la rigueur des intervenants. Une légère augmentation de 3,7 % pour 2016-2017. Méthodologie de l'entrée de données à réviser.
Déficiences				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	83	N/A	Les cibles ne sont pas atteintes. Pour les deux indicateurs liés au I-CLSC (1.45.04.01 et 1.45.05.01), la non-atteinte s'explique par différents facteurs. Un premier facteur est la vacance de certains postes difficiles à combler (en Hématite et à Port-Cartier par exemple). De plus, l'établissement travaille présentement à améliorer la fiabilité des données dans I-CLSC. Lors d'un suivi de ces mêmes indicateurs réalisé en janvier dernier, nous avions indiqué au MSSS que sur quatre demandes hors délais, trois étaient en fait des erreurs de saisie. Des activités de recrutement ont porté fruit et le travail sur la fiabilité des données est en cours. Pour les deux indicateurs liés au SIPAD (1.45.04.05 et 1.45.05.05), la non-atteinte des cibles en déficience physique est en grande partie observée en déficience du langage. Le remplacement de postes vacants est un facteur important. Un projet d'optimisation est à l'agenda pour l'automne 2017. Les activités de recrutement se font pratiquement en continu.
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	86,2	N/A	
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	84,4	N/A	
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	83,3	N/A	
Plan stratégique 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme	70	67,1	90	La cible est atteinte.
Dépendance				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80	91,4	N/A	L'engagement est atteint. La réorganisation de l'accueil-évaluation à Sept-Îles et à Baie-Comeau contribue au dépassement de la cible. L'atteinte de l'objectif est possible grâce à la formalisation de plusieurs documents (le Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance (PRÉS), la procédure accueil-évaluation-orientation, la programmation adulte, le cadre de référence encadrant la pratique). Une amélioration de plus de 5 % est notée depuis l'an passé.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat 2016-2017 (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	60	69	90	L'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint. Poursuivre la formation aux intervenants sur la problématique des dépendances et leurs détections. Trois formations sont planifiées en 2017-2018. Un plan d'action a été rédigé afin de maintenir l'engagement. Une amélioration de plus de 7,5 % est notée depuis l'an passé. L'établissement poursuivra ses efforts pour améliorer la détection et l'intervention précoce en dépendance et en itinérance dans la région : • Poursuite du plan d'action jusqu'en 2020; • Les services en dépendance de première ligne sont en révision afin d'en améliorer la qualité; • Trois formations sur la détection et l'intervention précoce en dépendance sont planifiées en 2017-2018; • Un comité régional sur l'itinérance a été formé.
Santé mentale				
Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	176	176,4 *	161	* Les résultats de l'année 2015-2016 et les résultats de l'année 2016-2017 ne correspondent pas exactement à la réalité, car une erreur de calcul a été découverte. Le nombre devrait être plutôt de 158,4 places au lieu de 176,4 (un équivalent temps complet (ETC) avait été ajouté en trop dans le calcul des places et, par conséquent, la saisie a été inadéquate dans GESTRED). Toutefois, il n'est plus possible de modifier les données dans GESTRED. Le responsable du dossier à la Direction en santé mentale au MSSS a été informé de cette situation. Mesures : correction des données. Création et mise en œuvre du plan de déploiement en soutien d'intensité variable (SIV). Plusieurs absences non remplacées au niveau des ressources humaines. Dans le secteur Manicouagan, près de la moitié des clients en suivi sont de type soutien intensif (SI), qui requiert une plus grande intensité de service. Les résultats sont similaires à l'an dernier. Le calcul sera corrigé en 2017-2018.
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	175	264	N/A	L'engagement n'est pas atteint. Pour la portion adulte dans le secteur est, 15 adultes sont en attente d'une consultation médicale en psychiatrie en clinique externe dont le délai d'accès excède 30 jours. Pour la portion adulte ouest, 51 personnes étaient en attente de plus de 30 jours. L'engagement n'est donc pas atteint. Une mise à jour de la liste d'attente sera effectuée en appelant toutes les personnes, afin de vérifier si toujours pertinent de procéder. Pédopsychiatrie : L'engagement n'est pas atteint. Dans le secteur jeunesse, c'est 198 jeunes pour qui le délai d'accès excède 30 jours. Des mesures au niveau du recrutement d'effectif médical (pédopsychiatre) sont en cours. L'analyse des usagers en liste d'attente est en cours, en vue d'identifier les trajectoires requises pour répondre aux besoins, ceci en maximisant l'offre de service pendant la période d'attente. Pour le secteur est, nous avons une équipe de deux psychiatres et demi sur une possibilité de six, nous sommes donc en pénurie de médecins spécialistes. Pour le secteur ouest, l'absence d'une psychiatre permanente depuis plus d'un an et le congé maladie d'une psychiatre itinérante depuis quelques mois expliquent le résultat. De plus, un pédopsychiatre assure une présence une fois par mois. Pédopsychiatrie : Pour la Côte-Nord, nous avons uniquement des médecins dépanneurs qui offrent, dans un secteur, 11 jours par mois et dans l'autre, le médecin spécialiste évalue 26 nouveaux cas par année. Pour la portion adulte dans le secteur est, la réduction à 15 clients en attente s'explique notamment en raison du plan de contingence et par conséquent, l'implantation du service

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat 2016-2017 (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
(suite)				de psychiatre répondant. L'infirmière de liaison de la clinique externe exerce une surveillance rigoureuse des cas en attente et propose d'autres alternatives aux référents, lorsque cela est possible. Pédopsychiatrie : Nous avons 23 clients en attente de plus de 30 jours par rapport à l'année précédente. Ceci est directement lié à la diminution de la présence médicale sur la Côte-Nord.
Santé physique - Urgence				
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	12,25	10	Cible en voie d'être atteinte.
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	75	67,6	90	La situation est particulièrement difficile au centre hospitalier de Baie-Comeau : un plan d'action a été élaboré et un comité siège hebdomadairement afin d'en assurer le suivi.
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	80	76,8	95	
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie				
Plan stratégique 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	349	283 *	396	* Nous n'avons pas d'usagers en attente de services.
Plan stratégique 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	19	25	9	Cible dépassée.
Santé physique - Services de première ligne				
Plan stratégique 1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	5	5	5	Cible atteinte.
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	73	75,62	85	Cible en voie d'être atteinte.
Santé physique - Chirurgie				
Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	0	19	0	Nous avons mis en place un nouveau processus de suivi des chirurgies, ce qui devrait contribuer à l'amélioration de notre performance.
Plan stratégique 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90	79,9	90	Nous avons mis en place un nouveau processus de suivi des chirurgies, ce qui devrait contribuer à l'amélioration de notre performance - cible en voie d'être atteinte.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100	98,5	N/A	Cible en voie d'être atteinte.

Santé physique - Imagerie médicale :
La situation des effectifs en radiologie est difficile : Deux congés de maternité et un congé de maladie. Nous avons fait des démarches de recrutement intensives qui ne se sont pas complétées par l'arrivée d'un nouveau radiologiste. Au centre hospitalier de Baie-Comeau, nous avons constaté des difficultés au regard de l'accueil et de la prise de rendez-vous : des travaux sont en cours afin d'améliorer la situation.

➔ Évolution des résultats par rapport à l'année précédente :
Les délais pour les échographies cardiaques ont augmenté à Baie-Comeau en raison d'absences pour congé de maternité. Un radiologiste itinérant a cessé ses visites pour la réalisation des échographies mammaires à Baie-Comeau.

➔ Identification des mesures qui seront mises en place pour corriger la situation :
Les modifications qui seront apportées au service d'accueil de la radiologie du centre hospitalier de Baie-Comeau contribueront à l'atteinte de nos objectifs. Le retour de la radiologiste de son congé contribuera grandement à l'atteinte de nos objectifs pour le centre hospitalier de Baie-Comeau. Au centre hospitalier de Sept-Îles, l'absence de radiologistes mettra l'atteinte des objectifs à risque, nous suivrons nos délais régulièrement pour tenter d'apporter des correctifs rapidement.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat 2016-2017 (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Plan stratégique 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	90	54,1	100	La situation est particulièrement difficile au regard des infiltrations.
Plan stratégique 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	90	89,6	100	
Plan stratégique 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	90	100	100	
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	90	48	100	Ces examens sont réalisés en cardiologie (ressource unique) ou en médecine interne (deux congés de maternité), les effectifs en place tentent de répondre aux demandes.
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	90	72,6	100	Une révision des processus de prise de rendez-vous a été effectuée, ce qui devrait permettre d'améliorer la performance.
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	90	71,3	100	
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	90	56,9	100	La situation est particulièrement difficile au centre hospitalier de Baie-Comeau : plusieurs anciennes demandes ont été converties en examens sous scan.
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	90	84,5	100	La situation est particulièrement difficile au centre hospitalier de Baie-Comeau.
Hygiène et salubrité				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	66,7	N/A	Les résultats ne sont pas atteints. Au cours de l'année, nous avions une ressource dédiée qui a subitement quitté en maladie. Les travaux demandent de la coordination avec les équipes cliniques et la prévention des infections, et ce, de façon importante. Actuellement, le manque important de ressources nous limite dans les actions à mettre en place. Plusieurs travaux sont amorcés, mais non terminés.
Ressources humaines → Climat de travail : Des travaux ont été réalisés à l'égard de l'amélioration du climat de travail notamment par le choix du programme Planetree. Par la suite, un plan de déploiement sera élaboré et actualisé en 2017-2018. Des activités de reconnaissance ont débuté en 2016-2017 et doivent se poursuivre au cours des prochains mois. Les indicateurs de gestion RH font l'objet d'un suivi rigoureux dans l'atteinte des objectifs.				
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	7,85	8,63	7,4	Pour l'année 2016-2017, on observe un écart de 0,8 % à l'égard de la cible attendue. Le secteur de la santé, sécurité et qualité de vie au travail a renouvelé sa structure et procédé à l'organisation du service. Il y a eu également la nomination à deux postes, soit d'agent de gestion et d'agent de prévention. Une offre de service a été élaborée et présentée aux différentes instances de l'organisation.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat 2016-2017 (P13)	Cible 2020	Commentaires (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
(suite)				De plus, un plan d'action a été rédigé et sa mise en œuvre a été amorcée pendant l'année 2016-2017. S'ajoute à ces mesures, une formation dispensée par une ressource du MSSS auprès du personnel du service concernant les meilleures pratiques de gestion en assurance salaire. Cette démarche permettra d'optimiser l'ensemble des processus de gestion liés à l'assurance salaire.
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,5	5,14	4,98	La cible a été atteinte pour 2016-2017.
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	3,1	2,06	2,89	La cible a été atteinte pour 2016-2017. Des activités de recrutement aux salons d'emploi et dans les institutions d'enseignement ont été réalisées sur l'ensemble du territoire. Une gestion rigoureuse des affectations a été maintenue tout au long de l'année. Le modèle des maîtres horaires à la liste de rappel offre un soutien apprécié et efficace auprès du personnel d'encadrement.
Ressources technologiques				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95	95,4	N/A	Le Répertoire des ressources est maintenu à jour concernant les ressources de notre territoire.

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

L'AGRÉMENT

Les travaux ont débuté pour la prochaine visite d'agrément prévue à l'automne 2018. Ce sera la première évaluation du CISSS de la Côte-Nord comme établissement regroupé. L'évaluation est réalisée par notre personnel (auto-évaluation) et par une instance externe reconnue (agrément), et ce, dans le but d'améliorer nos services en se basant sur les meilleures pratiques. La démarche d'agrément est obligatoire selon l'article 107.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Rappelons que l'agrément est un processus d'amélioration continue qui vise à évaluer la qualité et la sécurité de nos services. Il démontre une crédibilité et un engagement qualité, favorise le rendement, améliore la communication et la collaboration à l'interne et avec les partenaires, renforce l'efficacité et atténue le risque d'événements indésirables.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Incidents et accidents

Nous constatons une diminution au niveau des incidents et des accidents. Les accidents continuent d'être beaucoup plus fréquents que les incidents. Cependant, la majorité des accidents (90 %) a eu peu ou pas de conséquences auprès des usagers (gravité C et D). Au total, pour l'exercice 2016-2017, nous avons enregistré 6 347 déclarations d'événements incluant les incidents et les accidents relatifs au retraitement des dispositifs médicaux comparativement à 6 585 l'année précédente. Parmi les événements déclarés, 2 455 (38 %) ont rapport à la médication et 1 665 (26 %) sont attribuables à des chutes. Le pourcentage des événements par type est relativement stable à l'exception des événements reliés aux médicaments où l'on observe une légère diminution. Le CISSS fonctionne désormais avec une base de données unifiée. Cela permet d'avoir une vue d'ensemble et facilite l'analyse des rapports. C'est maintenant le personnel qui complète directement le rapport d'incident/accident dans le système informatique. La gestion des rapports s'en trouve simplifiée, car le gestionnaire reçoit un avertissement dans sa boîte de courriels et peut visualiser immédiatement le rapport et procéder à son analyse. À ce jour, 75 % du personnel a reçu la formation.

Tableau 20 - Nombre d'événements par niveau de gravité

Année	Gravité											Total Pourcentage
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Ind.	
2015-2016	323	805	3 027	1 524	400	58	17			0	425	6 585
	1 128 incidents (17 %)		5 032 accidents (76,5 %)								6,5 %	100 %
2016-2017	116	794	3 295	1 523	451	47	17	3		4	97	6 347
	910 incidents (14 %)		5 340 accidents (84 %)								2 %	100 %

Tableau 21 - Échelle de gravité des incidents et accidents

A	Circonstance ou événement ayant pu causer une erreur ou un dommage **(situation à risque).**
B	Une **erreur est survenue, mais personne n'a été touché** (échappée belle, incident).
C	Une erreur, incluant l'omission, est survenue, mais **la personne touchée n'a subi aucune conséquence**, et aucune surveillance, ni intervention n'a été requise.
D	Une erreur est survenue et une personne a été touchée, ce qui a nécessité soit une **surveillance pour confirmer qu'elle n'a subi aucune conséquence, ou soit une intervention afin de prévenir une conséquence à la personne touchée.**
E[1]	Un accident est survenu et a occasionné une **conséquence temporaire** à la personne touchée, ce qui a nécessité **uniquement des premiers soins non spécialisés**.
E[2]	Un accident est survenu et a occasionné une **conséquence temporaire** à la personne touchée, ce qui a nécessité des **soins et traitements spécialisés supplémentaires sans pour autant occasionner d'hospitalisation initiale ni de prolongation d'hospitalisation.**
F	Un accident est survenu et a occasionné une **conséquence temporaire** à la personne touchée, ce qui a nécessité **des soins ou traitements spécialisés supplémentaires de même qu'une hospitalisation initiale ou une prolongation d'hospitalisation.**
G	Un accident est survenu et a occasionné une **conséquence permanente** à la personne touchée.
H	Un accident est survenu et a nécessité des **interventions pour maintenir en vie la personne**.
I	Un accident est survenu et a **occasionné ou contribué au décès** de la personne touchée.
Ind.	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager, mais les conséquences ou leur niveau de gravité sont inconnues au moment de la déclaration.

Le comité pharmaco vigilance est associé à la démarche afin de faire un suivi des événements liés à la médication et le comité de prévention des chutes joue le même rôle pour ce qui est des événements reliés aux chutes. Ces deux comités ont produit un plan d'action pour l'année 2017-2018.

Des analyses des causes souches ont été réalisées concernant les événements suivants :

- Lancement Code Rouge;
- Arrêt cardiaque sur le terrain du CISSS;
- Chute d'une résidente;
- Chute d'une résidente en cure fermée.

Des plans d'action ont été réalisés en vue de diminuer les risques associés à ces pratiques. Un suivi rigoureux de ces plans d'action est fait par la responsable de la gestion des risques qui s'assure que les interventions mises en place donnent les résultats escomptés.

Comité de gestion des risques

Tel qu'il est prévu à l'article 183.2 de la LSSSS, le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers, et plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse de leurs causes;
- Recommander au conseil d'administration des mesures pour prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que des mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Le comité de gestion des risques cliniques s'est réuni à trois reprises durant l'année 2016-2017. Le comité a produit des statistiques sur le nombre d'événements indésirables déclarés et a fait une analyse cause souche des cas les plus graves. Le rapport du comité inclut également une analyse des types d'événements, la liste des non-conformités au laboratoire - biologie médicale, les infections nosocomiales, les données sur l'utilisation des moyens de contrôle et l'analyse des médicaments à risques élevés.

Mesures exceptionnelles de contrôle et d'isolement

Au niveau des mesures de contrôle des usagers, un suivi des contentions et de l'isolement est effectué en psychiatrie, en hébergement, en centre de réadaptation jeunesse et en courte durée. Le suivi des mesures exceptionnelles de contrôle et d'isolement sera désormais suivi par le comité de gestion des risques cliniques. Les recommandations du Ministère sont respectées. Les mesures exceptionnelles de contrôle et d'isolement sont rarement utilisées et le personnel préconise maintenant des mesures alternatives. Les demi-portes ont disparu du paysage des centres d'hébergement ainsi que de la courte durée.

Au regard des usagers hébergés dans une ressource en déficience, on remarque une diminution importante des mesures d'isolement en ressources intermédiaires. Précisons toutefois qu'une augmentation significative pour l'application des mesures exceptionnelles est observée en résidence d'intervention spécialisée. À cet égard, il convient de souligner que des travaux sont amorcés en collaboration avec la Société québécoise d'expertise en troubles graves du comportement.

De plus, le CISSS a procédé à la rédaction d'un protocole unifié pour l'ensemble de ses installations et des clientèles. Ce protocole doit être adopté par le conseil d'administration prochainement.

Comité de vigilance et de la qualité

Au cours de la dernière année, le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à six reprises et s'est ainsi acquitté de son mandat qui est principalement d'assurer le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, des médecins examinateurs, du Protecteur du citoyen et des différentes instances internes et externes.

Au 31 mars 2017, le comité est composé des personnes suivantes :

- M. Michel Paul, président
- M. Claude Belzile, administrateur
- M. Jean-Pierre Porlier, administrateur désigné par le comité des usagers
- Mme Manon Bourgeois, commissaire aux plaintes et à la qualité des services
- M. Marc Fortin, président-directeur général
- M. Denis Miousse, président du conseil d'administration (membre d'office)
- Mme Nathalie Castilloux, directrice des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique (invitée permanente sans droit de vote)

Suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Le comité s'est penché sur l'étude des conclusions des plaintes avec recommandations de la commissaire. Un total de 47 recommandations ont été mises en place par le CISSS portant sur des sujets tels que les délais d'attente pour obtenir un service et/ou un examen, la qualité des soins et services et l'attitude du personnel.

Recommandations suivies (incluant celles des années antérieures) :	**109**
Recommandations traitées et terminées :	47
Recommandations toujours en suivi au 31 mars 2017 :	62

Dans le but de répondre à son obligation de recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes, le comité a pris connaissance de plusieurs rapports dont :

- Les suivis des différentes visites d'Agrément Canada en regard des installations de la Haute-Côte-Nord, Basse-Côte-Nord, Port-Cartier, Sept-Îles, CPRCN et Fermont;
- Les suivis des plans d'amélioration de la qualité du milieu de vie en CHSLD et ressources non institutionnelles (RNI) à la suite des visites d'évaluation du MSSS;
- Le plan d'action régional en matière de maltraitance;

- Le plan d'action de la Commission de la santé et des services sociaux à la suite du rapport sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD;
- Le rapport de visite de surveillance générale de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires (OIIAQ) à la suite d'une visite à l'Hôpital et au CHSLD de Sept-Îles;
- Le plan d'action de la visite de l'Ordre des pharmaciens du Québec pour l'installation de la Basse-Côte-Nord;
- Les suivis des différents rapports de coroner;
- Trois rapports d'analyse causes souches;
- Trois rapports du Protecteur du citoyen;
- Les tableaux de bord interactifs de l'établissement.

Dans la dernière année, le comité de vigilance et de la qualité n'a émis aucune recommandation au conseil d'administration.

Suivi des recommandations du Protecteur du citoyen

Au niveau des différents dossiers en lien avec le Protecteur du citoyen, le CISSS de la Côte-Nord a reçu six demandes diverses du Protecteur du citoyen : demandes d'information, avis d'intervention, recommandations. Quatre dossiers ont été réglés et deux sont toujours en cours.

Suivi des recommandations du coroner

Pour l'année 2016-2017, le CISSS de la Côte-Nord a reçu cinq rapports de coroner pour l'ensemble de son territoire. Des cinq rapports, un provenait de la coroner en chef, Me Catherine Rudel-Tessier, trois du MSSS demandant aux différents CISSS et CIUSSS du Québec d'appliquer les recommandations en lien avec des décès survenus ailleurs au Québec et un provenant de l'enquête publique pour les cinq décès (suicides) survenus dans la communauté autochtone de Uashat Mak Mani-Utenam. Les quatre premiers dossiers ont tous été transmis aux diverses instances qui en assurent la réalisation et les suivis nécessaires en lien avec les recommandations. Actuellement, tous les suivis en lien avec ces quatre rapports sont complétés.

À la suite de la vague de suicides dans la communauté autochtone de Uashat Mak Mani-Utenam, survenue entre le 10 février 2015 et le 31 octobre 2015, et à la demande du ministre de la Sécurité publique, la coroner en chef ordonna, le 28 janvier 2016, la tenue d'une enquête publique. Cette enquête, menée par Me Bernard Lefrançois, visait à déterminer les causes et les circonstances de ces décès et mieux comprendre les motifs et le vécu dans leur communauté des personnes concernées, afin d'éviter que d'autres décès ne surviennent dans des circonstances semblables.

Dans son rapport diffusé le 14 janvier 2017, le coroner Lefrançois a formulé 41 recommandations dont 7 s'adressent notamment au CISSS de la Côte-Nord. Le MSSS a interpellé le CISSS de la Côte-Nord afin de coordonner les travaux en lien avec la mise sur pied d'une table de concertation ayant pour mandat :

- D'assurer la concertation entre les différents intervenants impliqués dans la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport du coroner;
- D'établir un échéancier de mise en œuvre et d'en faire le suivi;
- De créer les interfaces nécessaires à la mise en œuvre des recommandations pour lesquelles une action concertée des différents intervenants et partenaires concernés est requise.

En attendant la création de cette table de concertation, le CISSS de la Côte-Nord poursuit ses travaux en lien avec toutes les communautés autochtones du territoire et les recommandations du coroner.

LES PERSONNES MISES SOUS GARDE DANS UNE INSTALLATION MAINTENUE PAR UN ÉTABLISSEMENT

Tableau 22 - Personnes mises sous garde

Installation	Hôpital Le Royer (Baie-Comeau)	Hôpital de Sept-Îles (Sept-Îles)	Total
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	82	44	126
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	77	43	120
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	0	23	23
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	0	23	23
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	0	23	23
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	32	12	44
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	32	12	44
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	31	12	43
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	77	49	126

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration des services de la Côte-Nord permet aux usagers de prendre connaissance des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de la Côte-Nord. Ce rapport est disponible sur le site Internet du CISSS dans la section « Qualité des services et plaintes ».

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CISSS s'assure, sur une base régulière, de transmettre de l'information à la population et à ses différents partenaires. Le CISSS informe la population par son site Internet et sa page Facebook, qui est suivie par plus de 2 600 personnes. Après chaque séance du conseil d'administration, il publie les *Échos du conseil*, un bulletin faisant état des décisions prises par les administrateurs. Les personnes qui le désirent peuvent également poser des questions lors des séances du conseil.

Des bulletins de santé publique sont aussi diffusés afin d'informer la population, les professionnels de la santé et les partenaires :

- *Contamine-Action* (maladies infectieuses);
- *Santé en têtes* (santé au travail);
- *La Santé recherchée* (santé et bien-être de la population).

Le Service des communications répond aux demandes des médias et facilite l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2016-2017, près de 140 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets par des porte-paroles du CISSS. Des conférences de presse et des communiqués permettent également d'informer le public.

Au cours de l'année, le Service des communications a aussi participé à l'organisation de deux consultations s'adressant à la population, aux usagers et à certains groupes tels que les comités d'usagers et de résidents. Il y a d'abord eu une consultation à Port-Cartier, au printemps 2016, portant sur les attentes du milieu à l'égard des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées. Une consultation régionale sur les soins spirituels et les services de pastorale offerts par l'établissement a aussi été menée au début de 2017 auprès de diverses clientèles.

La satisfaction des usagers à l'égard des services reçus est mesurée par le Conseil québécois d'agrément dans le cadre du sondage auprès de la clientèle, qui est réalisé quelques mois avant une visite d'agrément dans une installation. Ce sondage permet d'identifier les écarts entre ce qui était attendu en termes de qualité de service et le degré de satisfaction ressenti et vécu par les usagers dans son expérience de service ou de soin. Les résultats obtenus permettent aux gestionnaires et aux professionnels d'apporter les ajustements requis aux pratiques professionnelles et organisationnelles. Le sondage mesure la perception de la clientèle selon trois indicateurs de satisfaction :

- La relation avec le client;
- La prestation professionnelle;
- L'organisation des soins et des services.

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

À la suite de l'entrée en vigueur, le 10 décembre 2015, de la Loi concernant les soins de fin de vie, le président-directeur général du CISSS de la Côte-Nord a la responsabilité de faire un rapport, chaque année, au conseil d'administration et à la Commission sur les soins de fin de vie de l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs de fin de vie de son établissement. Les activités documentées apparaissent dans le tableau ci-dessous.

Pour les deux premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la loi, le rapport est attendu tous les six mois, soit le 10 juin 2016, le 10 décembre 2016, le 10 juin 2017 et le 10 décembre 2017. Ensuite, le rapport doit être fourni une fois par année.

Il est à noter que les données présentées dans le Rapport de gestion 2015-2016 du CISSS de la Côte-Nord étaient celles de la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.

Voici les données en date du 10 décembre 2016 (les données inscrites sont pour la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016).

Tableau 23 - Rapport sur l'application de la Politique régionale relative aux soins palliatifs et de fin de vie

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée	87
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée	128
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	342
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	234
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	5
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	2
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	2
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0

Les données présentées sur le nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie, sauf pour celles en maisons de soins palliatifs, ne sont pas exhaustives. En effet, le procédé permettant de les comptabiliser et les bases de données actuellement disponibles ne nous permettent pas d'avoir un portrait en temps réel.

7. LES RESSOURCES HUMAINES

En milieu d'année 2016, le plan d'organisation de la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) a été complètement révisé, permettant notamment une meilleure définition des rôles de chacun, une approche centrée sur le client et sur l'atteinte des résultats ainsi qu'une accessibilité et une rapidité de réponse.

Depuis février 2017, le programme d'aide aux employés du CISSS de la Côte-Nord est offert par l'entreprise Morneau Shepell. Le programme s'adresse à tous les employés et leur famille. Le service est dorénavant appelé Programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF). Il vise la santé et le bien-être de tous les employés puisqu'ils sont considérés comme la ressource essentielle de l'organisation. La Politique de promotion de la civilité et de la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail a été adoptée. Cette politique définit et communique des moyens afin de promouvoir la civilité et le respect en milieu de travail, prévenir le harcèlement et la violence, et faire cesser toute situation susceptible d'en constituer.

Le nombre de cadres en replacement a diminué, passant de 28 en avril 2016 à 14 en mars 2017.

Du côté des communications internes, la Politique d'utilisation des médias sociaux a été adoptée. Compte tenu des besoins en langue anglaise de l'établissement en raison de la communauté anglophone de la Basse-Côte-Nord, l'équipe des communications s'est dotée d'une nouvelle ressource attitrée à la traduction. *Les informations concernant les communications se retrouvent dans la section 5, à la page 51.*

En mars 2017, une vaste consultation du personnel et des cadres a été réalisée par une consultante externe afin de poser un diagnostic quant au climat de travail et à l'appréciation de l'offre de service de la DRHCAJ. Cette consultation faisait suite aux changements opérés au sein de la direction. Une présentation des résultats a été effectuée auprès de l'équipe de la DRHCAJ en mai 2017.

En ce qui concerne les affaires juridiques, quelques faits saillants sont à souligner :

- Prise en charge et traitement de tous les nouveaux dossiers litigieux en matière de droit du travail;
- Rôle conseil en matière de droit du travail;
- Prise en charge et traitement de 648 mandats de judiciarisation en matière de protection de la jeunesse;
- Prise en charge de mandats légaux en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels pour le CISSS de la Côte-Nord et développement de l'expertise en cette matière;
- Rôle de soutien et de conseil juridique aux directions du CISSS de la Côte-Nord en matière de droit de la santé et de droit des personnes;
- Rôle conseil en matière de prévention et de mode alternatif de règlement des litiges.

Tableau 24 - Portrait des embauches, des départs et le taux de rétention global

	Haute-Côte-Nord -Manicouagan	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	Basse-Côte-Nord	Fermont	CPRCN	Centre administratif Baie-Comeau
Embauches	161	23	152	62	39	9	60	4
Départs	127	27	142	54	52	12	63	13
Taux de rétention sur 1 an (période 13)	80,12 %	69,57 %	65,13 %	50 %	51,28 %	88,89 %	85 %	75 %

Tableau 25 - Effectifs par catégorie d'emploi au 31 mars 2017

Installation	Catégorie 1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	Catégorie 2 - Personnel paratechnique, des services auxiliaires et des métiers	Catégorie 3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Catégorie 4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	Personnel non visé	Personnel non défini	Personnel cadre
Haute-Côte-Nord-Manicouagan	423	400	159	216	12	0	30
Port-Cartier	51	50	25	37	0	0	2
Sept-Îles	300	259	114	199	9	2	32
Minganie	88	96	32	38	0	0	8
Hématite	27	10	20	19	0	0	1
Basse-Côte-Nord	56	86	43	18	1	0	3
CPRCN	3	104	86	336	0	0	28
Centre administratif Baie-Comeau	17	7	50	17	0	0	13
Total Côte-Nord	**965**	**1 012**	**529**	**880**	**22**	**2**	**117**

* Données prises dans les rapports SIRH de chaque installation à la période 13 au 31 mars 2017

Le CISSS de la Côte-Nord compte, pour l'année 2016-2017, un peu plus de 3 500 employés.

Tableau 26 - Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

CISSS de la Côte-Nord		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	334 704	1 984	336 688	184	216
	2015-16	297 829	1 706	299 535	164	189
	2016-17	262 217	1 916	264 133	144	177
	Variation	(21,7 %)	(3,4 %)	(21,5 %)	(21,6 %)	(18,1 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	716 293	4 171	720 464	395	513
	2015-16	756 657	4 292	760 949	417	533
	2016-17	772 588	4 127	776 715	426	544
	Variation	7,9 %	(1,1 %)	7,8 %	8,0 %	6,0 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	1 411 424	80 992	1 492 416	764	1 040
	2015-16	1 422 351	75 738	1 498 089	769	1 040
	2016-17	1 439 612	77 065	1 516 677	777	1 036
	Variation	2,0 %	(4,8 %)	1,6 %	1,7 %	(0,4 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	2 412 338	76 570	2 488 908	1 327	1 923
	2015-16	2 397 870	67 310	2 465 180	1 318	1 853
	2016-17	2 371 369	73 713	2 445 081	1 303	1 886
	Variation	(1,7 %)	(3,7 %)	(1,8 %)	(1,8 %)	(1,9 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	647 921	21 071	668 992	333	624
	2015-16	636 131	15 720	651 851	326	586
	2016-17	655 906	18 501	674 407	337	620
	Variation	1,2 %	(12,2 %)	0,8 %	1,3 %	(0,6 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	7 444	5	7 449	4	27
	2015-16	3 205	15	3 220	2	17
	2016-17	1 921	2	1 923	1	8
	Variation	(74,2 %)	(57,8 %)	(74,2 %)	(73,6 %)	(70,4 %)
Total du personnel	**2014-15**	5 530 123	184 793	5 714 917	3 006	4 012
	2015-16	5 514 042	164 782	5 678 824	2 996	3 930
	2016-17	5 503 612	175 324	5 678 936	2 988	3 931
	Variation	(0,5 %)	(5,1 %)	(0,6 %)	(0,6 %)	(2,0 %)
Cible 2016-2017 en heures rémunérées				**5 729 858**		
Écart à la cible - en heures				**(50 922)**		

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

LES ÉTATS FINANCIERS

Rapport de la direction

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CISSS de la Côte-Nord	1104-5234	100-00 /

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

Le 13 juin 2017	Marc Fortin	Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
Date	Nom	
Le 13 juin 2017	Nadia Beaudoin	Signature de la personne désignée
Date	Nom	
	Directrice des ressources financières et de la logistique par intérim	
	Fonction	

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.

AS-471 - Rapport financier annuel	Gabarit LPRG-2017.1.0	Révisée: 2013-2014
Timbre valideur: 2017-06-12 17:08:25		Rapport V 0.5

Rapport de l'auditeur indépendant

MALLETTE

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord,

Les états financiers résumés ci-joints du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2017. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en oeuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

(suite)

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2017. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise d'infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. L'incidence de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 n'a pas été déterminée.

De plus, comme l'exige le ministère de la Santé et Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. L'incidence de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 n'a pas été déterminée.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des anomalies décrites, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Mallette s.e.n.c.r.l. [1]

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Baie-Comeau, Canada
Le 21 juin 2017

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique no A117482

MALLETTE

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Tableau 27 - État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5, 6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

Exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Contrat de location d'immeubles SQI.	2011-2012	R	Conforme aux directives du MSSS.			NR
Paiement de transfert.	2013-2014	R	Conforme aux directives du MSSS.			NR
Les opérations des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus contrevenant ainsi à l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux.	2016-2017	R et C	Le respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire étant calculé selon la page 200 L.29 C.4, l'établissement est en déficit au 31 mars 2017.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Compilation de l'unité de mesure B c.a. « 5860 – Santé des jeunes » est estimée.	2011-2012	O	Situation identique en 2016-2017.			NR
Unité de mesure A n'est pas compilée pour c.a. « 7532 – Archives ».	2011-2012	O	Situation identique en 2016-2017. Une démarche est entreprise pour régler la situation en 2017-2018.			NR
Compilation de l'unité de mesure A c.a. « 7690 – Transport externe des usagers » est inexacte dans le cas d'un transport aller-retour.	2012-2013	O	Sera réglée en 2017-2018.			NR
Compilation de l'unité de mesure A c.a. « 7051 – Ressources résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue – déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement » est estimée.	2014-2015	O	La situation est réglée.	R		
L'installation n'ayant pas de balance, la compilation des unités de mesure du centre d'activités « 7604 – Buanderie » est cumulée à partir des factures du fournisseur ce qui n'est pas une dérogation au MGF. Toutefois, le fournisseur ne fournit pas une mesure précise du nombre de linge souillé reçu. Ainsi l'unité de mesure A « le nombre de kilogramme de linge souillé » est compilée seulement sur la base de certaines factures qui comprennent un nombre de kilogramme, laissant plusieurs kilogrammes de linge souillé non comptés.	2014-2015	O	Situation identique en 2016-2017.			NR
Certaines installations ne compilent pas les unités de mesure B dans le c.a. « 6390 – Service de pastorale ».	2011-2012	O	Situation identique en 2016-2017.			NR
L'unité de mesure « le mètre cube » du c.a. « 7700 – Fonctionnement des installations » n'a pas été compilée conformément à la circulaire.	2012-2013	O	Situation identique en 2016-2017.			NR
CA « 6540 – Services dentaires préventifs » : adultes compilés alors que MGF exige qu'un usager soit un enfant.	2013-2014	O	La situation est réglée.	R		
Le rapport périodique statistique n'est pas signé par un chef de service dans la plupart des cas.	2015-2016	O	Situation identique en 2016-2017.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
CA #7090, 7060, 7061, 7062 : La répartition de ces unités de mesure n'est pas faite correctement, car la version du logiciel ne permet pas de répondre aux demandes de la circulaire.	2015-2016	O	La situation est réglée.	R		
CA « 7081 – Soutien aux familles » : Le MGF exige que la date soit inscrite sur le formulaire de compilation, ce qui n'est pas le cas.	2015-2016	O	Situation identique en 2016-2017.			NR
CA « 7024 – Support stages individuels » : Pour certaines périodes de l'année, les pièces justificatives attestant la présence de l'usager n'ont pas été conservées.	2016-2017	O	Sera réglé en 2017-2018.			NR
CA « 5970 – Consultation téléphonique psychosociale » : Il n'est pas possible de remonter aux documents sources concernant l'unité de mesure « Le nombre d'appels » car la programmation du système TBIG ne le permet pas.	2016-2017	O	Ce problème est provincial et un avis a été émis à cet effet.			NR
CA « 6565 – Services sociaux » : Les documents sources ne sont pas accessibles.	2016-2017	O	Sera réglé en 2017-2018.			NR
CA « 7404 – Déplacement des cas électifs » : Une installation compile l'unité de mesure avec Access et aucun rapport périodique n'est disponible.	2016-2017	O				NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Équilibre budgétaire	2016-2017	C	Le respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire étant calculé selon la page 200 L29 C.4, l'établissement est en déficit au 31 mars 2017.			NR
Certaines unités de mesure de centres d'activités dérogent du MGF.	2013-2014	C	Situation identique en 2016-2017.			NR
Politique interne sur les conditions de travail des cadres non approuvée par le conseil d'administration. (BCN) (Réf. : 02.01.22.01)	2013-2014	C	Le CISSS utilise les anciennes politiques approuvées par le CA, sauf en ce qui concerne l'établissement de la Basse-Côte-Nord pour lequel la politique n'est pas approuvée. Toutefois, une politique sur la gestion des vacances des cadres a été adoptée au cours de l'exercice.		PR	
L'établissement ne respecte pas la réglementation au vol. 2, ch. 01, sujet 32, doc. 4 du MGF, car le seul biochimiste de l'établissement reçoit une rémunération fixe et globale incluant un salaire de base, des primes de garde et du temps supplémentaire estimé annuellement. (Sept-Îles)	2011-2012	C	Situation identique en 2016-2017.			NR
L'établissement ne respecte pas la réglementation au vol. 2, ch. 01, sujet 34, doc. 4 du MGF, car les pharmaciens reçoivent une prime de maintien en emploi additionnelle de 5 %. De plus, une pharmacienne est rémunérée à l'échelon maximum alors que celle-ci devrait être à un échelon inférieur contrevenant ainsi à la réglementation au vol. 2, ch. 01, sujet 34, doc. 3 du MGF. (Sept-Îles)	2011-2012	C	Ces salaires et primes sont versés dans un contexte de pénurie de pharmaciens et avec l'autorisation initiale de l'ancienne Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Les nouvelles embauches respectent la réglementation en vigueur.			NR
Prime d'assistante du supérieur immédiat non autorisée à la nomenclature du MSSS. (Port-Cartier) (Réf. : 03.01.61.05 et 03.01.61.09)	2013-2014	C	Situation identique en 2016-2017.			NR
Utilisation de titres d'emploi non conformes à la nomenclature des titres d'emploi. (BCN) (Réf. : 02.01.41.11)	2012-2013	C	Situation identique en 2016-2017.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
À défaut de pouvoir combler ou créer des postes de cadres, l'installation de la Minganie a dû trouver une formule lui permettant d'assurer une fonction de gestion dans différents services. Pour y arriver, l'établissement a instauré une prime de responsabilité à des salariés syndiqués pour qu'ils assument cette partie de fonction. Dans la majorité des cas, cette rémunération additionnelle se traduit par le paiement d'une prime de responsabilité professionnelle de 10 %. (Minganie)	2011-2012	C	Situation identique en 2016-2017. Les montants en cause sont minimes et aucun changement n'est prévu à ce sujet.			NR
Peu de politiques ont été adoptées depuis la création du CISSS de la Côte-Nord. (03.01.10.12; 02.01.22.01; 02.01.10.11)	2015-2016	C	Les politiques ont été maintenues telles quelles selon les anciennes installations.		PR	
L'établissement n'a pas atteint le minimum de 2 % d'investissement en matière d'entretien préventif et curatif dans l'ensemble de la région. (Réf. : 03.02.30.05)	2015-2016	C	Situation identique en 2016-2017.			NR
La décision de tarification ou de non-tarification des stationnements doit être autorisée par le conseil d'administration et être révisée au moins à tous les quatre ans.	2011-2012	C	La décision a été autorisée par le conseil d'administration.	R		
Rapport à la gouvernance						
Séparation des tâches incompatibles cycle des revenus.	2012-2013	O	Le changement de fonctionnement réduit le risque de manière à considérer cette observation comme réglée.	R		
Gestion des avoirs de certains usagers. Au cours de l'audit, nous avons constaté que l'établissement offre des services de gestion des avoirs aux usagers sous curatelle ou désignés par la Sécurité de revenu. Cependant, l'établissement offre aussi des services sur une base volontaire par des ententes verbales. Dans certains cas, ces biens sont conservés dans le coffre-fort de l'établissement. Dans d'autres cas, c'est actuellement l'intervenant qui ouvre un compte conjoint dans une institution bancaire avec l'usager. Nous vous suggérons d'instaurer une procédure d'entente écrite qui pourrait être révisée par un conseiller juridique et cela, dans le but de protéger l'établissement et l'intervenant en cas de perte de capital, d'intérêt ou de tout autre malentendu pouvant survenir. (Sept-Îles)	2011-2012	O	Situation identique en 2016-2017.			NR
Examen analytique des unités de mesure.	2012-2013	O	À venir dans le cadre de l'uniformisation des systèmes et des autres changements à venir dans le futur.		PR	
Les frais de déplacement du PDG sont actuellement autorisés par l'adjointe au PDG. Toutefois, ces frais devraient être également approuvés par le comité d'audit.	2015-2016	O	Les frais de déplacement sont maintenant autorisés par le comité d'audit.	R		

Résultats financiers

État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

		Budget	Exploitation Exercice courant (R. de P358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Exercice courant (C2 + C3)	Total Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	316 719 817	310 786 531	17 870 659	328 657 190	325 203 356
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	46 950	579 292		579 292	46 950
Contributions des usagers	3	15 137 365	16 277 493	XXXX	16 277 493	16 206 639
Ventes de services et recouvrements	4	6 741 137	6 836 624	XXXX	6 836 624	8 556 975
Donations (FI:P294)	5	596 537	50 060	556 783	606 843	638 451
Revenus de placement (FI:P302)	6	66 150		7 728	7 728	140 643
Revenus de type commercial	7	354 800	720 905		720 905	758 976
Gain sur disposition (FI:P302)	8			1 829	1 829	4 228
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	9 849 570	7 519 177	391 949	7 911 126	10 104 166
TOTAL (L.01 à L.11)	12	349 512 326	342 770 082	18 828 948	361 599 030	361 660 384
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	213 517 494	224 046 557	XXXX	224 046 557	222 872 485
Médicaments	14	7 056 710	6 625 775	XXXX	6 625 775	7 840 745
Produits sanguins	15	2 115 201	3 938 392	XXXX	3 938 392	3 383 961
Fournitures médicales et chirurgicales	16	7 614 489	8 317 629	XXXX	8 317 629	7 105 533
Denrées alimentaires	17	3 239 078	3 072 323	XXXX	3 072 323	3 043 111
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	19 997 917	22 278 248	XXXX	22 278 248	21 564 031
Frais financiers (FI:P325)	19	4 282 950	218 879	4 278 953	4 497 832	4 338 411
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	4 184 238	5 502 564	650 966	6 153 530	7 477 305
Créances douteuses	21	22 065	90 956	XXXX	90 956	130 152
Loyers	22	4 169 538	4 911 146	XXXX	4 911 146	6 621 992
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	14 639 050	XXXX	13 939 858	13 939 858	14 540 638
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
Dépenses de transfert	25	15 875 861	16 587 927	XXXX	16 587 927	15 955 820
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	53 395 533	55 058 420		55 058 420	51 556 850
TOTAL (L.13 à L.27)	28	350 110 124	350 648 816	18 869 777	369 518 593	366 431 034
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(597 798)	(7 878 734)	(40 829)	(7 919 563)	(4 770 650)

Note 1 La colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

État des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

		Budget 1	Activités principales 2	Activités accessoires 3	Total (C2 + C3) 4	Exercice précédent 5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	298 428 974	310 408 843	377 688	310 786 531	306 560 340
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	46 950		579 292	579 292	46 950
Contributions des usagers (P301)	3	15 137 365	16 277 493	XXXX	16 277 493	16 206 639
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	6 741 137	6 836 624	XXXX	6 836 624	8 556 975
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	5 000	50 060		50 060	9 915
Revenus de placement (P302)	6	61 150				121 046
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	354 800		720 905	720 905	758 976
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	9 847 570	4 135 551	3 383 626	7 519 177	10 099 316
TOTAL (L.01 à L.11)	12	330 622 946	337 708 571	5 061 511	342 770 082	342 360 157
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	213 517 494	220 669 325	3 377 232	224 046 557	222 872 485
Médicaments (P750)	14	7 056 710	6 625 775	XXXX	6 625 775	7 840 745
Produits sanguins	15	2 115 201	3 938 392	XXXX	3 938 392	3 383 961
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	7 614 489	8 317 629	XXXX	8 317 629	7 105 533
Denrées alimentaires	17	3 239 078	3 072 323	XXXX	3 072 323	3 043 111
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	19 997 917	22 278 248	XXXX	22 278 248	21 564 031
Frais financiers (P325)	19	62 500	218 879	XXXX	218 879	120 067
Entretien et réparations (P325)	20	3 555 658	5 502 564		5 502 564	6 456 961
Créances douteuses (C2:P301)	21	22 065	90 956		90 956	130 152
Loyers	22	4 169 538	4 806 257	104 889	4 911 146	6 621 992
Dépenses de transfert (P325)	23	15 875 861	16 587 927		16 587 927	15 955 820
Autres charges (P325)	24	53 395 533	53 553 197	1 505 223	55 058 420	51 377 402
TOTAL (L.13 à L.24)	25	330 622 044	345 661 472	4 987 344	350 648 816	346 472 260
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	902	(7 952 901)	74 167	(7 878 734)	(4 112 103)

État des surplus (déficits) cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

		Fonds Exploitation Exercice courant 1	Fonds Immobilisations Exercice courant 2	Total Exercice courant (C1 + C2) 3	Total Exercice précédent 4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(9 288 885)	5 635 321	(3 653 564)	1 117 086
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(9 288 885)	5 635 321	(3 653 564)	1 117 086
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(7 878 734)	(40 829)	(7 919 563)	(4 770 650)
Autres variations : Transferts interétablissements (préciser)	6				
Transferts interfonds (préciser)	7				
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX		
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 À L.09)	10				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(17 167 619)	5 594 492	(11 573 127)	(3 653 564)
Constitués des éléments suivants : Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX	136 123	130 181
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	1 371 840	1 389 128
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(13 081 090)	(5 172 873)
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(11 573 127)	(3 653 564)

État de la situation financière

Exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Exercice courant (C1 + C2)	Total Exercice précédent
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	13 937 648	1 129 816	15 067 464	15 988 740
Placements temporaires	2				
Débiteurs – MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	10 494 943	1 133 495	11 628 438	11 730 061
Autres débiteurs (FE:P360, FI:P400)	4	8 825 490	630 993	9 456 483	11 240 158
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX	10 558	10 558	42 336
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	269 301	(269 301)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable FE:P362, FI:P408)	7	23 038 720	30 475 346	53 514 066	53 056 233
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	641 130	641 130	591 440
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE:P360, FI:P400)	12	1 077 116	450	1 077 566	978 734
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	57 643 218	33 752 487	91 395 705	93 627 702
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE:P365, FI:P403)	14	21 000 000	37 898 967	58 898 967	38 371 312
Créditeurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE:P361, FI: P401)	16	31 155 881	1 719 749	32 875 630	34 121 710
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE:P361, FI:P401)	18		1 052 486	1 052 486	1 125 505
Revenus reportés (FE:P290 et 291, FI:P294)	19	2 280 572	9 275 768	11 556 340	12 531 479
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI:P403)	21	XXXX	172 335 827	172 335 827	166 897 089
Passif au titre des sites contaminés (FI:P401)	22	XXXX	71 400	71 400	71 400
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE:P363)	23	27 580 786	XXXX	27 580 786	27 113 047
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE:P361, FI:P401)	25	1 151 403	48 216	1 199 619	857 224
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	83 168 642	222 402 413	305 571 055	281 088 766
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26)	27	(25 525 424)	(188 649 926)	(214 175 350)	(187 461 064)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI:P423)	28	XXXX	194 244 418	194 244 418	176 723 437
Stocks de fournitures (FE:P360)	29	6 079 347	XXXX	6 079 347	5 758 980
Frais payés d'avance (FE:P360, FI:P400)	30	2 278 458		2 278 458	1 325 083
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	8 357 805	194 244 418	202 602 223	183 807 500
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(17 167 619)	5 594 492	(11 573 127)	(3 653 564)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)
Colonne 2 : Établissements publics seulement
Ligne 06, Colonne 3 : Le montant doit être égal à zéro
Ligne 32 : Applicable aux établissements privés seulement

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

Exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total Exercice courant (C2 + C3)	Total Exercice précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(129 606 328)	(16 372 948)	(171 088 116)	(187 461 064)	(164 289 225)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					117 885
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(129 606 328)	(16 372 948)	(171 088 116)	(187 461 064)	(164 171 340)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(7 878 734)	(40 829)	(7 919 563)	(4 770 650)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS :						
Acquisitions (FI:P421)	6	(20 215 080)	XXXX	(31 854 913)	(31 854 913)	(33 157 462)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	14 639 050	XXXX	13 939 858	13 939 858	14 540 638
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	(1 829)	(1 829)	(4 228)
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	1 831	1 831	7 478
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	394 072	394 072	619 392
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(5 576 030)	XXXX	(17 520 981)	(17 520 981)	(17 994 182)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE :						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(320 367)	XXXX	(320 367)	(1 106 894)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(953 375)		(953 375)	
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18					582 002
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(1 273 742)		(1 273 742)	(524 892)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(5 576 030)	(9 152 476)	(17 561 810)	(26 714 286)	(23 289 724)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(135 182 358)	(25 525 424)	(188 649 926)	(214 175 350)	(187 461 064)

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(7 919 563)	(4 770 650)
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE :			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(1 273 742)	(524 892)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	(1 829)	(4 228)
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations :			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7	(1 249 877)	(954 270)
Amortissement des immobilisations	8	13 939 858	14 540 638
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	139 226	44 573
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subventions MSSS	12		
Autres (préciser P297)	13	394 073	619 392
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	11 947 709	13 721 213
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	937 267	(3 719 498)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	4 965 413	5 231 065
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(31 854 913)	(33 157 462)
Produits de disposition d'immobilisations	18	1 831	7 478
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(31 853 082)	(33 149 984)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20		2 897 540
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		2 897 540

État des flux de trésorerie (suite)

Exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	29 691 271	43 695 141
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(24 252 533)	(25 362 379)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3		4 307
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	8 015 166	8 084 835
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	78 196 961	62 383 712
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(65 684 472)	(62 719 372)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7		
Autres (préciser P297)	8		(313 469)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	25 966 393	25 772 775
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	(921 276)	751 396
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	15 988 740	15 237 344
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	15 067 464	15 988 740
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :			
Encaisse	13	15 067 464	15 988 740
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14		
TOTAL (L.13 + L.14)	15	15 067 464	15 988 740

État des flux de trésorerie (suite)

Exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT :			
Débiteurs - MSSS	1	101 623	(2 082 286)
Autres débiteurs	2	1 783 675	571 822
Avances de fonds aux établissements publics	3	31 778	
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	(457 833)	(1 754 275)
Frais reportés liés aux dettes	5	(188 917)	(148 160)
Autres éléments d'actifs	6	(98 832)	(34 560)
Créditeurs - MSSS	7		
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	(1 246 080)	225 805
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9		(38 247)
Intérêts courus à payer	10	(73 019)	(126 395)
Revenus reportés	11	274 738	(337 782)
Passif au titre des sites contaminés	12		
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	467 739	712 012
Autres éléments de passifs	14	342 395	(707 432)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)	15	937 267	(3 719 498)
AUTRES RENSEIGNEMENTS :			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	1 719 748	3 196 226
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18		
Intérêts :			
Intérêts créditeurs (revenus)	19	84 470	90 240
Intérêts encaissés (revenus)	20	84 470	537 242
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	4 351 443	3 999 094
Intérêts déboursés (dépenses)	22	3 855 012	4 189 717

Extrait des notes aux états financiers

Note 1 – Constitution et mission

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord (ci-après désigné l'établissement) est un établissement public constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) le 1er avril 2015.

[...] Le siège social du centre est situé au 835, boulevard Jolliet, Baie-Comeau.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

Note 3 – Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001). L'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice, ni au fonds d'exploitation, ni au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Note 13 – Périmètre comptable et méthodes de consolidation

Le CISSS de la Côte-Nord contrôle l'organisme Corélo inc. Cet organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services dans les installations du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec et est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

Le CISSS de la Côte-Nord, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et il est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel du CISSS de la Côte-Nord. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidés au 31 mars 2017 et au 31 mars 2016 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
Situation financière		
Actif à court terme	2 637 893 $	2 068 636 $
Actif à long terme	10 335 212	10 789 842
	12 973 105	12 858 478
Passif à court terme	2 392 654	1 765 749
Passif à long terme	3 095 073	4 056 232
	5 487 727	5 821 981
Actifs nets	7 485 378	7 036 497
Résultats des activités		
Produits provenant des établissements	2 779 236	2 806 905
Autres produits	123 682	136 913
	2 902 918	2 943 818
Total des charges d'opération	2 454 037	2 958 682
Gain (Perte) sur cession d'immobilisations corporelles	-	15 737
Excédent des produits sur les charges	448 881	873
Evolution des actifs nets		
Solde au début	7 036 497	7 035 624
Excédents des produits sur les charges	448 881	873
	7 485 378 $	7 036 497 $

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeur aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 540 745 $ (616 881 $ en 2016).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif.

LES CONTRIBUTIONS ACCORDÉES PAR LES FONDATIONS

Tableau 28 - Avantage direct reçu d'une fondation ou d'une corporation sollicitant du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux (non audité)

Description	Subvention ($)
Université Laval (UL)	**8 500,00**
▪ Équipements vidéo pour supervision des résidents	8 500,00
Fondation de la santé et des services sociaux de Manicouagan	**31 827,90**
▪ Caisson pour la stérilisation et la manutention des instruments chirurgicaux au bloc opératoire	416,15
▪ Bladder Scan	9 431,35
▪ Table d'examen électrique	5 684,95
▪ Ceinture pour fauteuil roulant	663,72
▪ Fauteuil	2 328,00
▪ Fauteuil	2 328,00
▪ Chariot de réanimation pédiatrie	284,30
▪ Chariot de réanimation pédiatrie	2 886,38
▪ Système de photothérapie clientèle	4 042,08
▪ Bilirubinomètre	1 821,83
▪ Sphygmomanomètre avec brassard	248,37
▪ Étui saturomètre	26,42
▪ Diviseur pour chariot de réanimation péd.	841,28
▪ Support de lampe photothérapie	156,90
▪ Support de lampe photothérapie	330,97
▪ Saturomètre	337,20
Fondation régionale Hôpital Sept-Îles – Loto-Fondation	**50 454,92**
▪ Scanner vesical à ultrasons portable « bladder scan » (1) ▪ Appareils multifonctions avec imprimante (6) ▪ Amplificateurs vocaux personnels sans fil (10)	Achats à venir
Fondation Grand McDon	**3 622,52**
▪ Chariot réanimation	841,28
▪ Chariot réanimation	2 781,24
Fondation du centre hospitalier régional de Sept-Îles (CHRSI)	**103 470,05**
▪ Hystéroscope myosure	12 682,54
▪ Chaise dentaire	10 564,56
▪ Pince micasept	2 573,16
▪ Laparoscopique endoscopique	2 052,00
▪ Ensembles de tabouret-chaise dentisterie (2)	1 918,24
▪ Chariot de réanimation	402,39
▪ Laveur décontamineur	213,94
▪ Laveur décontamineur	30 304,95
▪ Sonde rectal pour thermomètre électronique / puit + sonde rectal	374,18
▪ Basket + contenant Genesis	1 934,44
▪ Pièce à main Shaver avec contrôle à la main	5 442,93
▪ Trocart mousse pour mandrin + canule céramique + chemise d'examination 5.1mm + résectoscope + résectoscope mandrin 26FR	10 859,43
▪ Pince Acufex Pro Straight	5 548,61
▪ Pince Acufex Pro Up Biter	3 329,16
▪ Hystéroscope autoclavable 30 degré, 3mm2mm light guide câble 3 mètres long W/O condensor autoclavable canule de travail A4772A 5.5mm gaine avec 5 FR. Cabaret de stérilisation cystoscopie	413,87
▪ Salle Snoezelen	14 855,65
TOTAL	**197 875,39**

LES CHARGES PAR PROGRAMMES-SERVICES

Tableau 29 - Charges encourues par programmes-services (non audité)

Programmes-services	Charge encourue ($)
Santé publique	6 077 753
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	15 244 388
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	46 296 716
Déficience physique	9 860 740
Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme	14 892 969
Jeunes en difficulté	25 304 194
Dépendance	2 294 419
Santé mentale	12 856 676
Santé physique	127 536 715
Administration	28 936 774
Soutien aux services	28 493 747
Gestion des bâtiments et des équipements	27 866 381
TOTAL	**345 661 472**

LES CONTRATS DE SERVICES

Voici les contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017.

Tableau 30 - Contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril et le 31 mars (non audité)

	Nombre	Valeur ($)
Contrats de services avec une personne physique[1]	1	30 000
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	35	4 011 744
TOTAL	**36**	**4 041 744**

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

9. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais de la mission globale des organismes ayant signé la convention de subvention, nous permet de soutenir 99 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 10 526 450 $. Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le MSSS ainsi que par le *Cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires de la Côte-Nord* en termes de reddition de comptes. Ainsi, le CISSS de la Côte-Nord reçoit de chaque organisme un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de ses états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes.

Tableau 31 - Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires

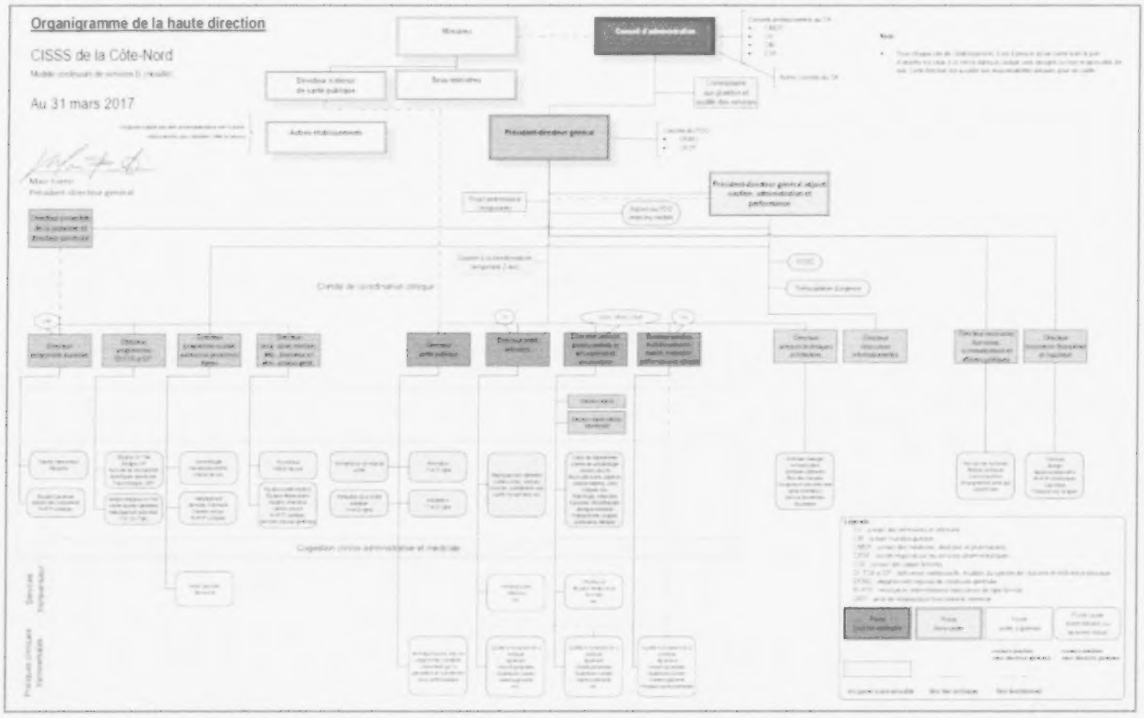
Organisme	Subvention ($)		Catégorie
	2016-2017	2015-2016	
À la Source Sept-Îles	70 636	69 798	Santé physique
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	57 117	56 440	Troubles envahissants du développement
Ado-Cité – Maison des jeunes	41 837	41 341	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord inc.	16 336	16 142	Déficience physique
Association des aidants naturels de la Côte-Nord	4 405	4 353	Maintien à domicile
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	26 052	25 743	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	23 184	22 909	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel (APAME) Baie-Comeau inc.	77 676	76 755	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	23 374	23 097	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	26 745	26 428	Déficience physique
Association des sourds de Baie-Comeau	7 023	6 940	Déficience physique
Association des troubles anxieux de la Côte-Nord	18 678	18 457	Santé mentale
Association Fibromyalgie de Duplessis	16 757	16 558	Déficience physique
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	28 996	28 652	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord inc. (APAME)	90 645	89 570	Santé mentale
Bureau régional d'information en santé sexuelle (BRISS)	69 611	68 786	VIH-SIDA
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	32 182	31 801	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	145 668	143 933	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles[1]	114 764	151 802	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	260 507	257 418	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	64 830	64 061	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Baie-Comeau - Lumière boréale	264 669	261 531	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Sept-Îles - La pointe du jour	120 293	118 867	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	195 462	193 144	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.[2]	84 134	168 265	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 413	2 384	Personnes démunies
Centre de femmes « l'Étincelle »	193 654	191 358	Centres de femmes
Centre de prévention du suicide Côte-Nord	434 107	428 959	Santé mentale
Centre des femmes de Forestville	193 646	191 350	Centres de femmes

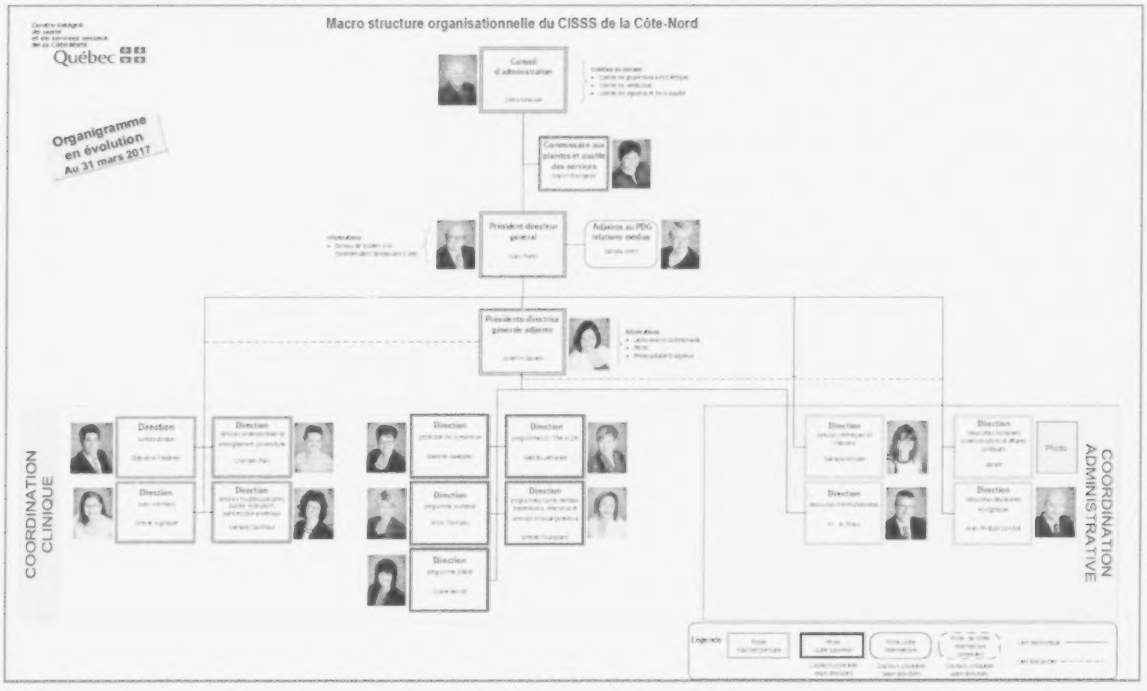
1. Le CISSS a retiré sa subvention en 2016-2017.
2. A cessé ses activités en 2016-2017.

Organisme	Subvention ($)		Catégorie
	2016-2017	2015-2016	
Centre d'intervention Le Rond-Point	125 556	124 067	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Centre femmes aux 4 Vents	193 645	191 349	Centres de femmes
Centre Le Volet des femmes	193 761	191 463	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	25 378	25 077	Personnes âgées
Comité action jeunesse de Bergeronnes	35 743	35 319	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	35 743	35 319	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	17 388	17 182	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	35 743	35 319	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	5 766	5 698	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	5 766	5 698	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	5 766	5 698	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	34 902	34 488	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	30 923	30 556	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	41 148	40 660	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	213 472	210 941	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	8 950	8 844	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	37 033	36 594	Santé mentale
Espace Côte-Nord	126 166	124 670	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	64 839	64 070	Déficiences multiples
Homme Aide Manicouagan	121 360	119 921	Autres ressources hommes
Hom'asculin Port-Cartier	62 632	61 889	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	104 618	103 377	Autres ressources hommes
La Croisée, un organisme de justice alternative	261 481	258 380	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	666 048	658 150	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	33 435	33 039	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	114 453	113 096	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	96 558	95 413	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	33 435	33 039	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	54 012	53 372	Maisons de jeunes
La popote roulante « Les Délices Maisons »	12 761	12 606	Personnes démunies
L'Alliance des femmes	193 648	191 352	Centres de femmes
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 231	1 216	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	22 943	22 671	Déficience physique
L'Âtre de Sept-Îles	330 829	326 906	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	5 826	5 757	Maintien à domicile
Le Créam	98 984	97 810	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	34 771	34 359	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles inc.	64 840	64 071	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin inc.	246 140	243 221	Déficiences multiples
L'Entre-Deux-Tournants	62 765	70 557	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'Or	53 884	53 237	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	32 229	31 847	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	34 856	34 443	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	151 473	149 677	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	75 307	74 414	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	582 814	575 903	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	202 770	200 366	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	678 549	670 503	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes de Colombier	11 487	11 351	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	80 201	79 250	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	40 582	40 101	Maisons de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	27 395	27 070	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	41 837	41 341	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	88 018	86 974	Maisons de jeunes
Maison jeunes Gros Mecatina	11 487	11 351	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	701 450	693 132	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	16 913	16 712	Déficiences multiples

Organisme	Subvention ($)		Catégorie
	2016-2017	2015-2016	
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	18 262	18 045	Déficiences multiples
Point de rencontre inc.	194 745	192 436	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	14 615	14 442	Santé mentale
Répit Richelieu	211 125	208 622	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	36 662	36 227	Santé mentale
Service de supervision des droits d'accès	53 744	53 107	Autres ressources jeunesse
Santé mentale Québec-Côte-Nord	89 723	88 659	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	91 443	90 351	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	14 988	14 810	Déficience physique
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	99 871	98 687	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	84 905	83 898	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	35 805	35 380	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	183 451	181 276	Maintien à domicile
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES	**10 526 450**	**10 533 668**	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS	**99**	**99**	

ANNEXE A : LE SCHÉMA ORGANISATIONNEL DU CISSS AU 31 MARS 2017





Organigramme de la haute direction

CISSS de la Côte-Nord

Modèle continuum de services B (modifié)

Au 31 mars 2017

Marc Fortin
Président-directeur général

Ministres

Conseil d'administration

- Conseils professionnels au CA
  - CMDP
  - CII
  - CM
  - CSF
- Autres comités du CA

Directeur national de santé publique

Sous-ministres

Commissaire aux plaintes et qualité des services

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements pour compléter l'offre de service

Autres établissements

Président-directeur général

- Comités du PDG
  - DRMG
  - CRSP

Projet performance (temporaire)

Adjoint au PDG relations médias

Président-directeur général adjoint soutien, administration et performance

Directeur protection de la jeunesse et directeur provincial

Soutien à la transformation (temporaire 2 ans)

PSOC

Préhospitalier d'urgence

Comité de coordination clinique

CSF

CII

CMDP, DRMG, CRSP

CM

Directeur programme jeunesse

Directeur programmes DI-TSA et DP

Directeur programme soutien autonomie personnes âgées

Directeur prog. santé mentale, dép., itinérance et serv. sociaux généraux

Directeur santé publique

Directeur soins infirmiers

Directeur services professionnels et enseignement universitaire

Directeur services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique

Directeur services techniques et hôtellerie

Directeur ressources informationnelles

Directeur ressources humaines, communications et affaires juridiques

Directeur ressources financières et logistique

Directeur adjoint

Directeur adjoint médico-administratif

Centre mère-enfant
Pédiatrie

Équipes jeunesse
Maison des naissances
RI-RTF (clinique)

Équipes DI-TSA
Équipes DP
Services de réadaptation spécifiques spécialisés
Traumatologie, URFI

Gestion intégrée des RNI adulte (toutes clientèles)
Hébergement spécialisé
TGC (DI-TSA)

Gérontologie
Gérontopsychiatrie
Hôpital de jour

Hébergement
Services à domicile
Centres de jour
RI-RTF (clinique)

Psychiatrie
Hôpital de jour

Équipes santé mentale
Équipes dépendance
Équipes itinérance
Centres de jour
RI-RTF (clinique)
Services sociaux généraux

Surveillance de l'état de santé

Protection de la santé publique
1re et 2e ligne

Promotion
1re et 2e ligne

Prévention
1re et 2e ligne

Regroupement clientèles (unités soins), services courants, coordination soir/nuit/fin de semaine, etc.

Chefs de département
Centre de cancérologie
Gestion des lits
Blocs opératoire, urgence, clinique externe, soins critiques, etc.
Radiologie, médecine nucléaire, inhalothérapie
Biologie médicale
Transport des usagers (pertinence clinique)

Cogestion clinico-administrative et médicale

Services transversaux

Soins spirituels
Bénévolat

Prévention des infections
etc.

Pharmacie
Accueil/ rendez-vous
Archives
etc.

Pratiques cliniques transversales

Arrimage/liaisons avec les programmes clientèles concernées par la prévention et la protection de la santé publique

Qualité et évolution de la pratique
Agrément
Patient partenaire
Expérience patient
Interdisciplinarité
etc.

Qualité et évolution de la pratique
Agrément
Patient partenaire
Expérience patient
Interdisciplinarité
etc.

Qualité et évolution de la pratique
Agrément
Patient partenaire
Expérience patient
Interdisciplinarité
Pratiques professionnelles

Entretien ménager
Immobilisation
Entretien bâtiments
Plan des mesures d'urgence et sécurité civile
Génie biomédical
Service alimentaire
Buanderie

Ressources humaines
Affaires juridiques
Communications
Enseignement autre que universitaire

Finances
Budget
Approvisionnements
RI-RTF (contractuel)
Logistique
Transport des usagers

Note :

- Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.

Légende :

CII : conseil des infirmières et infirmiers
CM : conseil multidisciplinaire
CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSP : comité régional sur les services pharmaceutiques
CSF : conseil des sages-femmes
DI, TSA et DP : déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
DRMG : département régional de médecine générale
RI-RTF : ressources intermédiaires-ressources de type familial
URFI : unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Poste haut fonctionnaire | Poste hors-cadre | Poste cadre supérieur | Poste cadre intermédiaire ou services inclus

en jaune transversalité | lien hiérarchique | lien fonctionnel (couleurs assorties selon directions générales) | (couleurs assorties selon directions générales)

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord
Québec

Macro structure organisationnelle du CISSS de la Côte-Nord

Organigramme en évolution
Au 31 mars 2017

Conseil d'administration
Denis Miousse

Comités du conseil :
- Comité de gouvernance et d'éthique
- Comité de vérification
- Comité de vigilance et de la qualité

Commissaire aux plaintes et qualité des services
Manon Bourgeois

Informations :
- Bureau de soutien à la transformation (temporaire 2 ans)

Président-directeur général
Marc Fortin

Adjointe au PDG relations médias
Sandra Morin

Présidente-directrice générale adjointe
Johanne Savard

Informations :
- Liens avec la communauté
- PSOC
- Préhospitalier d'urgence

COORDINATION CLINIQUE

Direction santé publique
Stephane Trepanier

Direction services professionnels et enseignement universitaire
Chantale Baril

Direction soins infirmiers
Mireille Vigneault

Direction services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique
Nathalie Castilloux

Direction protection de la jeunesse
Marlene Gallagher

Direction programmes DI-TSA et DP
Nadine Lachance

Direction programme jeunesse
Anne Tremblay

Direction programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services sociaux généraux
Mireille Tousignant

Direction programme SAPA
Dyane Benoit

COORDINATION ADMINISTRATIVE

Direction services techniques et hôtellerie
Nathalie Minville

Direction ressources humaines, communications et affaires juridiques
Vacant

Photo

Direction ressources informationnelles
Michel Rioux

Direction ressources financières et logistique
Jean-Philippe Comtois

Légende :

Poste haut fonctionnaire

Poste cadre supérieur
Couleurs associées selon directions

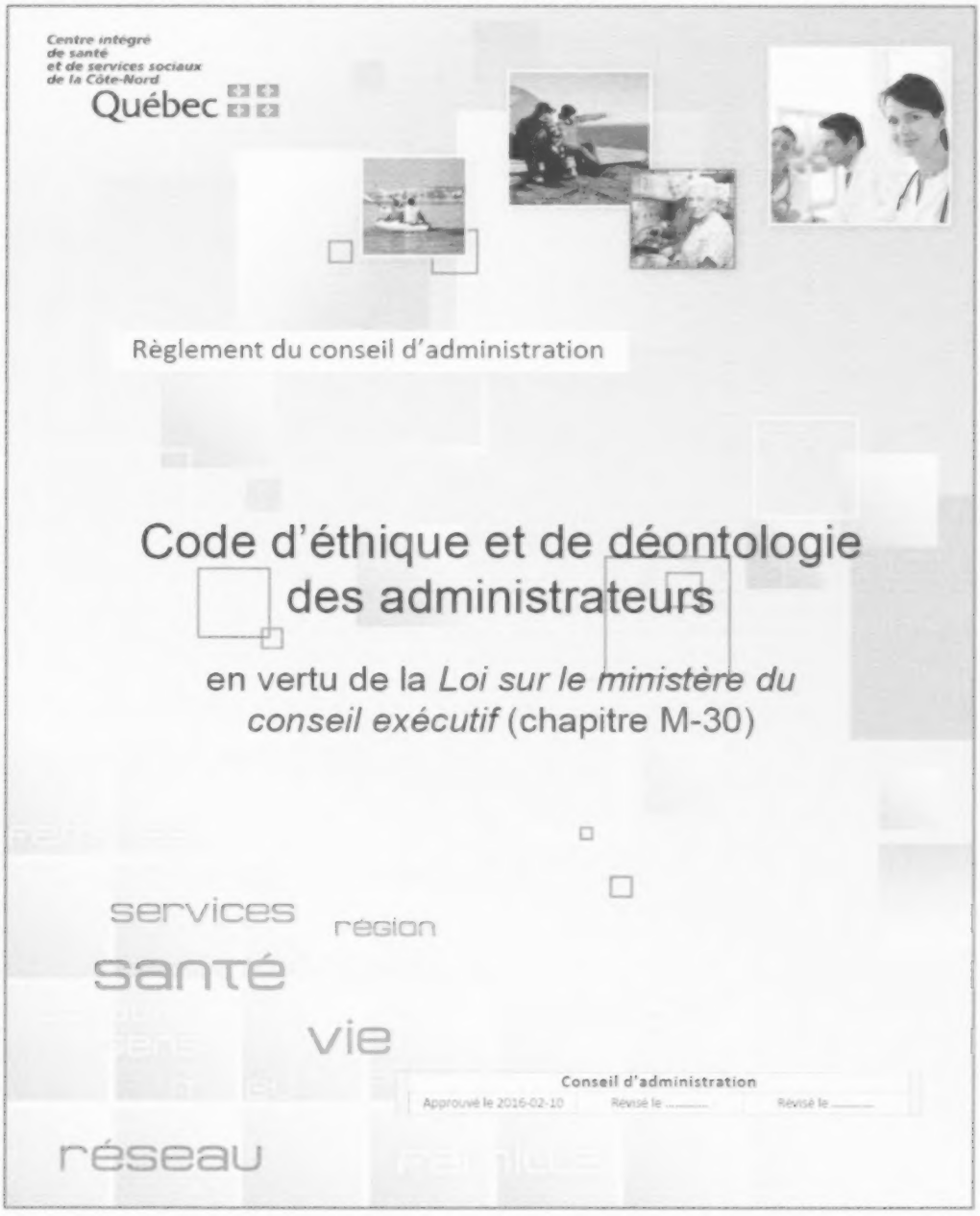
Poste cadre intermédiaire
Couleurs associées selon directions

Poste de cadre intermédiaire (conseiller)
Couleurs associées selon directions

Lien hiérarchique ——

Lien fonctionnel - - - - -

ANNEXE B : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS



PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

LSSSS : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[3].

---

1. BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

Renseignements confidentiels : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.*
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 — APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

Centre intégré de santé et
de services sociaux de la Côte-Nord

www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca

© Crédit photos : Éric Maillet et Lawrence Desrosiers • Conception graphique : VOLTIGE COMMUNICATION